Prise en charge intégrée de la santé reproductive

Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur

Guide de pratiques essentielles

Organisation mondiale de la Santé

Département Santé et Recherche génésiques

Prise en charge intégrée de la santé reproductive

Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur

Guide de pratiques essentielles

Organisation mondiale de la Santé

Département Santé et Recherche génésiques

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles.

1.Maladies sexuellement transmissibles 2.Infection à VIH 3.Gynécologique, Maladie 4.Appareil génital masculin, Maladies 5.Infections 6.Complication infectieuse grossesse 7.Viol 8 Guides de bonne pratique 9.Pays en développement I.Organisation mondiale de la Santé II.Family Health International III.Population Council. FRONTIERS in Reproductive Health Program.

ISBN 92 4 259265 X (Classification NLM: WC 140)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

REMERCIEMENTS

Le présent Guide est le fruit d'une collaboration entre le Département OMS Recherche et Santé génésique, Family Health International (FHI) et Frontiers in Reproductive Health/Population Council. Il est fondé sur les travaux d'un important groupe d'experts, qui ont participé à des consultations ou à des examens. L'OMS tient à remercier les membres du groupe d'examen technique : Dinesh Agarwal, Kamal Alami, Adele Benzaken, Lalit Kumar Bhutani, Ward Cates, Anupong Chitwarakorn, Patricia Claeys, Gina Dallabetta, Patricia J. Garcia, David Grimes, Sarah Hawkes, Marie Laga, Gunta Lazdane, Philippe Mayaud, Andre Meheus, Linda Morison, Charles Morrison, Telma Queiroz, Laima Rudze, Moshira El-Shafei, Guida Silva, Jim Shelton, Marleen Temmerman, Johannes van Dam, Eddy van Dyck, Teodora Elvira Wi, et Guang Zeng.

Richard Steen (consultant externe), Nathalie Broutet (OMS), et Irina Yacobson (FHI) constituaient l'équipe rédactionnelle centrale, et ont ensemble assumé la conduite des travaux du groupe technique.

Ian Askew (Frontiers/Population Council), Nathalie Broutet (OMS), Florence Carayon (FHI), Saiqa Mullick (Frontiers/Population Council), et Robert Rice (FHI) ont orchestré la rédaction du présent Guide.

fhi Family Health International

Population Council
FRONTIERS
IN REPRODUCTIVE HEALTH

L'OMS remercie tout particulièrement les nombreux examinateurs qui ont apporté une contribution précieuse, notamment lors de l'expérimentation du Guide en situation réelle au Brésil, en Chine, en Jamaïque, au Kenya, et en Lettonie.

L'appui financier pour l'élaboration de la présente publication a été octroyé dans le cadre du Contraceptive Technology Research Agreement 96-05 CCP-A-00-95-00022-02 en faveur de Family Health International (FHI) et du FRONTIERS in Reproductive Health Cooperative Agreement HRN-A-0098-00012-00 en faveur de Population Council de la part de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAIDS). Le contenu de cet ouvrage ne reflète pas nécessairement les opinions ni les positions de FHI, du Population Council ou de l'USAID.

SOMMAIRE

Abbréviations et acronymes **1**

Préface **3**

A propos du Guide 4
Terminologie 5
Structure du Guide 5
20 Étapes pour une réduction des cas d'IST/IAR 6

SECTION 1. INFORMATION ESSENTIELLE CONCERNANT LES IST/IAR **9**

Chapitre 1. Infections de l'appareil reproducteur de l'homme et de la femme, et leurs conséquences **11**

Les IAR – ce qu'elles sont, en quelques mots ? 12
De l'importance des IST/IAR 14
Solutions à apporter 18
Le rôle des services de prise en charge médicale dans la réduction de la charge des IST/IAR 20

Chapitre 2. Prévention des IST/IAR et de leurs complications **23**

Comment prévenir les IST 24
Comment prévenir les infections iatrogènes 29
Comment prévenir les infections endogènes 33

Chapitre 3. Détection des IST/IAR **35**

Syphilis 39
Infections vaginales 43
Infections cervicales 44
Maladie inflammatoire pelvienne 45
Dépistage du cancer du col utérin 46
Conseil et dépistage VIH 47

Chapitre 4. Éducation et conseil en matière d'IST/IAR **49**

Respect de la vie privée et de la confidentialité 51

Compétences générales pour les séances d'éducation et de conseil en matière d'IST/IAR 51
Éducation pour la santé 52
Conseil 56

SECTION 2. AMÉLIORER LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES IST/IAR 65

Chapitre 5. Promouvoir la prévention des IST/IAR et l'utilisation des services 67

Éliminer les obstacles entravant l'utilisation des services 68
Sensibiliser au problème des IST/IAR et inciter à utiliser les services 69
Aller au-devant de ceux qui n'utilisent généralement pas les services de santé reproductive 70

Chapitre 6. Évaluation de l'éventualité d'une IST/IAR lors des consultations de routine pour la planification familiale 77

Intégrer l'évaluation de l'éventualité d'IST/IAR aux consultations de routine pour la planification familiale 79
Méthodes de planification familiale et IST/IAR 87

Chapitre 7. Évaluation des IST/IAR pendant la grossesse l'accouchement et le post-partum 93

SECTION 3. PRISE EN CHARGE DES IST/IAR 107

Chapitre 8. Prise en charge des IST/IAR symptomatiques 109

Prise en charge syndromique des IST/IAR 110
Prise en charge des syndromes courants 112
Prise en charge des cas d'IST et prevention des nouvelles infections 136

Chapitre 9. Complications des IST/IAR dans le contexte de la grossesse, de la fausse couche, de l'avortement provoqué ou spontané, et du post-partum 145

Infection en début de grossesse 146
Infection en fin de grossesse 149

Infection après l'accouchement 151
Écoulement vaginal pendant la grossesse et le post-partum 155

Chapitre 10. Violence sexuelle 159

Soins médicaux et d'autre nature, aux victimes d'agressions sexuelles 161

Annexe 1. Compétences cliniques nécessaires pour la prise en charge des IST/IAR 173

Anamnèse 173
Symptômes d'IST/IAR courants 174
Examen des patients 175

Annexe 2. Désinfection et précautions universelles 183

Prévention des infections en milieu clinique 183
Désinfection poussée : trois étapes 184
Précautions universelles 185

Annexe 3. Examens de laboratoire pour le diagnostic d'IAR 187

Interprétation des résultats des tests de la syphilis 189
Critères cliniques relatifs à la vaginose bactérienne (VB) 190
Examen microscopique de préparations à l'état frais 191
Examen microscopique de frottis vaginaux colorés au Gram 191
Diagnostic d'infection cervicle sur la base d'un examen au microscope avec coloration de Gram 192

Annexe 4. Médicaments 193

Médicaments pendant la grossesse 193
Antibiothérapie contre la gonococcie 196

Annexe 5. IST/IAR - Tableau de référence 199

Annexe 6. Ressources additionnelles et lectures suggérées 203

Glossaire 205

ABBRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AMIU	aspiration manuelle intra-utérine
CA	candidose (*Candida albicans*)
CO2	dioxyde de carbone
Ct	*Chlamydia trachomatis*
ELISA	méthode immuno-enzymatique en phase solide
FTA-abs	« fluorescent *treponema* antibody absorption test » – test d'immunofluorescence absorbée, pour le sérodiagnostic de la syphilis
CDV	conseil et dépistage volontaire
CU	contraception d'urgence
DIU	dispositif intra-utérin.
Endo	endogène
IAR	infection de l'appareil reproducteur
IATRO	iatrogène
IGH	infection génitale haute
IM	intramusculaire
IST	infection sexuellement transmissible
IV	intraveineuse
LGV	lymphogranulomatose vénérienne
MHA-TP	test de microhémagglutination pour le *Treponema pallidum*
MIP	maladie inflammatoire pelvienne
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCR	polymerase chain reaction – amplification génique
PPE	prophylaxie post- exposition
RDM	rupture des membranes
RPR	« rapid plasma reagin » - test rapide de la réagine plasmatique
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
TME	transmission mère-enfant
TPHA	*Treponema pallidum* haemagglutination assay – essai d'hémagglutination passive pour le sérodiagnostic de la syphilis
TV	*Trichomonas vaginalis*
UI	unité internationale
VB	vaginose bactérienne
VDRL	« venereal disease research laboratory » – test VDRL
VHB	virus de l'hépatite B
HSV	virus de l'herpès simplex (« herpès simplex virus »
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain

PRÉFACE

La présente publication est destinée à aider les administrateurs de services de santé et les praticiens qui exercent dans des établissements de santé reproductive dotés de ressources limitées à répondre aux besoins des personnes éventuellement à risque d'infection de l'appareil reproducteur (IAR).

Il est supposé que les lecteurs possèdent certaines connaissances cliniques, notamment sur les médicaments et leur posologie, bien que n'ayant peut-être pas d'expérience en matière de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) ou des IAR.

Cet ouvrage concrétise la participation d'un grand nombre d'experts internationaux qui ont examiné et débattu les différents aspects du document, afin que les recommandations soient fondées sur les meilleures éléments de preuve disponibles ainsi que sur des résultats considérés comme favorables du point de vue de la santé publique. En outre, afin de confirmer l'utilité de ces recommandations destinées aux structures proposant des services de santé reproductive du monde entier, le présent manuel a été soigneusement examiné, préalablement à sa publication, par des praticiens et des administrateurs de programmes d'un certain nombre de pays. En outre, ce guide a été testé sur le terrain dans cinq pays : le Brésil, la Chine, le Kenya, la Jamaïque et la Lettonie.

Il existe une publication complémentaire du présent ouvrage, à savoir le *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*. Cette publication présente les recommandations révisées, concernant à la fois l'approche syndromique pour la prise en charge des patients ayant des symptômes d'IST et le traitement d'IST spécifiques, sur la base de données issues de la recherche et de la surveillance épidémiologique au niveau mondial. Cet ouvrage traite également la question de la notification aux partenaires sexuels et de leur prise en charge, ainsi que le problème des IST chez l'enfant et l'adolescent.

Une autre publication, dont le titre provisoire est *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : petit guide des pratiques essentielles*, est actuellement en cours d'élaboration. Cette publication – facile à transporter grâce à son format de poche – consistera en un résumé de l'information essentielle, permettant de consulter facilement les algorithmes, tableaux de traitement, principaux éléments du conseil, et informations diverses. Les prestataires de soins de santé pourront en faire un outil de travail, dans le cadre de leurs interactions au quotidien avec les clients.

À PROPOS DU GUIDE

Le présent Guide a été élaboré à l'intention des structures de santé proposant des services de santé reproductive (dispensaires de planification familiale et de santé maternelle et infantile) et se concentre sur les femmes, qui sont les clientes « classiques » de ces établissements. A la différence des hommes, les femmes s'adressent rarement au dispensaire anti-IST pour la prise en charge de leurs problèmes, et en cas d'infection, elles sont souvent asymptomatiques. Pour elles, la consultation chez le prestataire de soins de santé reproductive peut constituer l'unique contact avec le système de santé. Ceci étant, tout au long du document, il est également question des hommes et des adolescents ; il est en effet nécessaire d'aller au-devant de ces groupes et de leur offrir des services de prévention, afin de servir les objectifs de santé publique en assurant la prévention et le traitement des IST/IAR.

A noter que l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas longuement traitée dans le présent document, mais il en a été fait mention quand il y a eu lieu de le faire. En effet, s'il est vrai que l'infection à VIH est d'un point de vue technique une IST, il ne s'agit toutefois pas d'une infection de l'appareil reproducteur. L'hépatite B et l'hépatite C constituent d'autres exemples d'IST qui ne sont pas des IAR ; elle ne sont donc pas traitées dans ce Guide.

Ce Guide est conçu comme un manuel de référence, un outil pédagogique rappelant aux professionnels de la santé qu'il est indispensable d'aborder la question des IST/IAR dans le cadre de la prestation d'autres services de santé reproductive. Il offre une description des pratiques de prévention et de prise en charge recommandées dans le cas de patients susceptibles d'être porteurs ou à risque d'infections de l'appareil reproducteur. A ce titre, il peut être utilisé pour l'enseignement général et professionnel avant emploi et en cours d'emploi, en tant que manuel de recommandations actualisées, fondées sur des preuves concrètes, et constituer pour les professionnels de la santé un outil d'auto-formation en matière de prévention, de traitement et de diagnostic des IAR.

Les administrateurs de programme peuvent partir de ce Guide pour améliorer les politiques, les programmes et la formation en matière de prévention et de prise en charge des IST/IAR, adaptant l'information et les recommandations aux conditions locales, le cas échéant.

L'information s'articule autour du « motif de la visite ». Les prestataires sont encouragés à examiner l'éventualité d'IST/IAR, à informer et à conseiller les clients au sujet de la prévention, et à proposer le traitement nécessaire. Les prestataires peuvent utiliser ce Guide comme un tout, ou se reporter directement aux sections qui les intéressent dans l'exercice de leur profession au quotidien.

[1] L'OMS élabore actuellement un guide pour aider les administrateurs de programme à procéder aux adaptations nécessaires.

TERMINOLOGIE

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ne sont pas toutes des infections de l'appareil reproducteur (IAR) ; et les infections de l'appareil reproducteur ne sont pas toutes sexuellement transmissibles ; IST renvoie au mode de transmission, tandis que IAR renvoie au site où les infections se développent.

Infection de l'appareil reproducteur est un terme large qui englobe les infections sexuellement transmissibles ainsi que d'autres infections de l'appareil reproducteur qui ne se transmettent pas par le biais des rapports sexuels. Par contre, comme les IST ont dans la plupart des cas des conséquences beaucoup plus graves sur la santé que les autres IAR, l'acronyme IST/IAR est utilisé tout au long du document afin de souligner l'importance des IST au sein de l'ensemble constitué par les infections de l'appareil reproducteur. Lorsque l'information fournie dans le présent document concerne les infections sexuellement transmissibles uniquement, seul le terme IST est utilisé.

STRUCTURE DU GUIDE

Le Guide comporte trois sections :

- **La Section 1** présente l'information de base sur la charge des IST/IAR, leurs complications, leurs modes de transmission, et leur prise en charge. Elle contient l'information essentielle de santé publique concernant les thèmes spécifiques de la prévention et des soins qui sont traités aux sections 2 et 3, et passe en revue les connaissances et les compétences que doivent posséder les professionnels de la santé pour détecter et prévenir les IST/IAR.
- **La Section 2** décrit l'approche à adopter pour intégrer systématiquement les IST/IAR aux services de santé reproductive. Elle englobe l'information sur la réduction des risques, sur la détection de l'infection et sur la prévention des complications dans le cadre des consultations de routine au dispensaire motivées par la grossesse, les soins du post-partum et la planification familiale. Elle examine également certains aspects importants pour les hommes et pour les adolescents et d'autres personnes qui ne s'adressent habituellement pas aux services de santé reproductive.
- **La Section 3** traite de la prise en charge des IST/IAR – comment diagnostiquer et traiter les problèmes liés aux IST/IAR – et est structurée par problème, ce qui permet d'accéder rapidement à l'information recherchée. Les problèmes spécifiques pouvant être découverts lors des consultations au dispensaire proposant des services de santé reproductive sont examinés dans cette section.

Chaque chapitre commence par un résumé de l'information et des recommandations qu'il contient. Tout au long du Guide, les **étapes importantes aboutissant à la prise de décisions** sont développées dans le texte, et la plupart des recommandations sont présentées sous forme **d'algorithmes et de tableaux**. Les algorithmes peuvent contribuer à simplifier des problèmes complexes et permettre l'adoption

d'une stratégie normalisée de prise en charge des IST/IAR. Toutefois, **aucun algorithme ne saurait tenir compte de toutes les situations cliniques possibles**. Les professionnels de la santé doivent être aptes à identifier les cas pour lesquels il convient de laisser de côté les algorithmes et de s'adresser à un échelon supérieur. S'il est vrai que le présent Guide peut aider les professionnels de la santé à traiter avec efficacité les problèmes en rapport avec les IST/IAR, c'est seulement avec l'expérience que l'on sait quand il faut aller chercher plus loin.

20 ÉTAPES POUR UNE RÉDUCTION DES CAS D'IST/IAR

Étape 1	Mener une action d'information sur les IST/IAR et leurs conséquences – stérilité, perte de la grossesse, décès maternel et VIH/SIDA.
Étape 2	Aménager le dispensaire de sorte que les gens se sentent à l'aise pour venir parler de leurs préoccupations concernant les IST/IAR.
Étape 3	Faire connaître les services. Trouver des moyens d'impliquer les hommes dans la prévention des IST, et faire en sorte que les jeunes connaissent l'existence des services et les utilisent en toute sérénité. Atteindre les populations vulnérables, l'un des meilleurs moyens de freiner la transmission des IST dans la communauté.
Étape 4	Fournir des préservatifs, en promouvoir l'utilisation, et expliquer que la réduction du risque d'IST passe par la réduction du nombre de partenaires, ou par un début plus tardif de l'activité sexuelle.
Étape 5	Réaliser des actes transcervicaux en respectant les mesures d'hygiène et de sécurité, de façon à prévenir l'infection endogène.
Étape 6	Indiquer aux femmes les moyens simples de prévenir l'infection endogène.
Étape 7	Evaluer chez les patient(e)s le degré individuel d'exposition au risque d'IST/IAR, afin d'offrir des conseils de prévention ou un traitement.
Étape 8	Indiquer dans le cadre du conseil en quoi consiste la prévention des IST/IAR, et interroger sur d'éventuels symptômes d'IST/IAR, à chaque consultation pour la planification familiale ou pour des soins prénatals. Rechercher des signes d'IST/IAR lors de chaque examen motivé par d'autres raisons.
Étape 9	Dépister la syphilis, et identifier les occasions de dépister d'autres IST/IAR.
Étape 10	S'abstenir de dire aux gens qu'ils ont une IST, en l'absence de diagnostic de certitude.
Étape 11	Expliquer à tous les patients en quoi consiste la prévention des IST/IAR.
Étape 12	Informer les patient(e)s ayant une IST/IAR sur la nécessité d'aller jusqu'au bout de leur traitement, et d'avertir le(s) partenaire(s) pour qu'il se fasse(nt) traiter également.
Étape 13	Apprendre à conseiller pour aider les patients à changer de comportement.

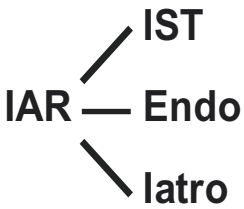
Étape 14	Promouvoir la double protection, pour la prévention à la fois des IST/IAR et de la grossesse non désirée.
Étape 15	Inciter à consulter tôt au dispensaire prénatal. Expliquer l'intérêt de la prévention des IST/IAR pour le bon déroulement de la grossesse.
Étape 16	Effectuer un dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes au moins une fois à chaque grossesse, et faire en sorte que les femmes (ainsi que leurs partenaires) ayant un test positif soient traitées.
Étape 17	Proposer la contraception d'urgence et le traitement présomptif des IST, y compris la prophylaxie post-exposition au VIH quand elle est disponible, aux femmes victimes de viol.
Étape 18	Prendre en charge efficacement les IST/IAR symptomatiques, en utilisant l'approche syndromique et ses algorithmes ou sur la base de tests diagnostiques en laboratoire lorsque cela est possible.
Étape 19	Traiter les partenaires quand il s'agit d'une IAR à transmission sexuelle possible, mais conseiller les deux personnes intéressées avec tact, en cas d'incertitude.
Étape 20	Traiter les infections des voies génitales hautes – en particulier les infections après un avortement (provoqué ou spontané) ou un accouchement – énergiquement afin de protéger la vie de la femme et sa fécondité.

SECTION 1 INFORMATION ESSENTIELLE CONCERNANT LES IST/IAR

La Section 1 présente l'information de base sur les IST/IAR et leurs complications, décrit les modes de transmission, ainsi que les solutions à envisager. Elle passe également en revue les connaissances et les compétences que doivent posséder les professionnels de la santé pour détecter et prévenir les IST/IAR.

La Section 2 offre des conseils pour aborder la question des IST/IAR dans le cadre de la consultation au dispensaire proposant des services de santé reproductive. Elle examine également les moyens d'atteindre les hommes, les adolescents et d'autres personnes qui ne s'adressent habituellement pas aux services de santé reproductive.

La Section 3 traite de la prise en charge des IST/IAR – comment diagnostiquer et traiter les problèmes liés aux IST/IAR – et contient des algorithmes, ainsi que des tableaux présentant les traitements. Cette section est structurée par problème, ce qui permet d'accéder rapidement à l'information recherchée.



CHAPITRE 1.
INFECTIONS DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE L'HOMME ET DE LA FEMME, ET LEURS CONSÉQUENCES

Points essentiels

- Les infections de l'appareil reproducteur (IAR) sont provoquées par des micro-organismes normalement présents dans les voies génitales, ou introduits à l'occasion d'un contact sexuel ou d'actes médicaux. Ces infections entrent dans trois catégories différentes, qui se recoupent toutefois – les infections **endogènes**, les infections **sexuellement transmissibles (IST)**, et les infections **iatrogènes** – désignant la façon dont ces infections sont contractées et transmises.
- Plus de 340 millions de cas d'IST guérissables, et beaucoup d'autres non guérissables, surviennent chaque année. Chez la femme, les IAR non sexuellement transmissibles sont généralement encore plus courantes.
- Les IST/IAR sont parmi les causes **majeures de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales**. Les complications graves des IST/IAR – grossesse extra-utérine, maladie inflammatoire pelvienne, accouchement prématuré, avortement spontané, mortinaissance, infection congénitale – peuvent entraîner une incapacité chronique (comme la stérilité et le cancer génital), et le décès. Le risque accru d'infection à VIH et de SIDA constitue une autre conséquence des IST/IAR.
- Afin de réduire la charge de morbidité que représentent les infections de l'appareil reproducteur, des efforts s'imposent à la fois dans les structures de soins de santé et dans la communauté.
- Un travail de **prévention et une prise en charge efficaces** des cas par le personnel soignant contribuent à réduire le poids des IST/IAR : le traitement efficace des malades permet de freiner la transmission des IST au sein de la communauté, et des actes cliniques adéquats et sûrs permettent de réduire le risque d'infection iatrogène.

- Un **travail d'éducation communautaire** et un engagement sur le terrain sont nécessaires pour promouvoir la prévention des infections et l'utilisation des services de santé, et par là même, réduire la transmission au sein de la communauté.

LES IAR – CE QU'ELLES SONT, EN QUELQUES MOTS

Les IAR (infections de l'appareil reproducteur) sont des infections qui touchent l'appareil reproducteur – celui de l'homme comme celui de la femme. Certaines de ces infections (par exemple, la syphilis et la gonococcie) sont ***sexuellement transmissibles***, mais beaucoup ne le sont pas. Chez la femme, la prolifération de micro-organismes *endogènes* normalement présents dans le vagin peut provoquer une IAR (candidose, vaginose bactérienne). Une intervention médicale peut être à l'origine d'une infection ***iatrogène*** – des micro-organismes endogènes présents dans le vagin ou des micro-organismes sexuellement transmis localisés au col utérin peuvent, lors d'actes transcervicaux, être poussés dans les voies génitales hautes et provoquer une grave infection de l'utérus, des trompes de Fallope et d'autres organes pelviens. Des micro-organismes exogènes (extérieurs à l'organisme) peuvent également être introduits dans les voies génitales hautes lors d'un examen/d'un acte médical si les mesures de lutte contre les infections ne sont pas bien respectées. Chez l'homme, les infections sexuellement transmissibles sont beaucoup plus courantes que les infections endogènes ou iatrogènes.

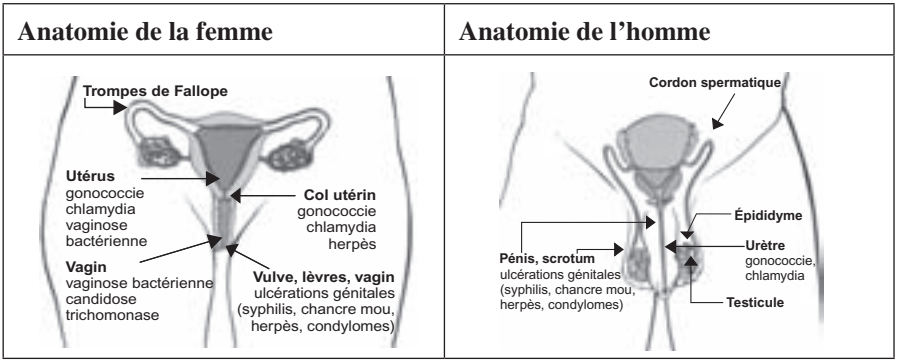
Les trois catégories d'infection sont étudiées ensemble dans ce Guide pour plusieurs raisons :

- La prévention des IST/IAR fait appel à une stratégie commune au sein des services de santé reproductive.
- Les aspects cliniques des différentes IST/IAR se superposent, en particulier chez la femme. Les symptômes ressentis par les patients, et même les signes cliniques constatés par le personnel soignant, se ressemblent, ce qui rend difficile la distinction entre les IAR transmises par voie sexuelle et celles non transmises sexuellement.
- Aux centres proposant des services de santé reproductive tels que services de santé prénatale, prénatals ou de planification familiale, les données indiquent que les IAR non sexuellement transmissibles sont généralement plus courantes que les IST. Différents types de prise en charge sont nécessaires pour offrir des soins appropriés et faire obstacle à la stigmatisation. Le personnel soignant doit être bien conscient du fait qu'il peut s'avérer inexact et, au plan social, très préjudiciable pour le couple, d'apposer sur une pathologie l'étiquette « sexuellement transmissible ».

Tableau 1.1. Types d'IST/IAR

	Leur origine	Leur mode de propagation	Exemples courants
Infections endogènes	Micro-organismes normalement présents dans le vagin	Normalement, pas de transmission interpersonnelle, mais une prolifération peut engendrer des symptômes	Candidose, vaginose bactérienne
Infections sexuellement transmissibles	Partenaires sexuels porteurs d'IST	Contact sexuel avec un partenaire infecté	Gonococcie, chlamydia, syphilis, chancre mou, trichomonase, herpès génital, condylomes, VIH
Infections iatrogènes	Micro-organismes extérieurs ou normalement présents dans l'organisme : ▪ Endogène (vagin) ▪ IST (col utérin ou vagin) ▪ Contamination provenant de l'extérieur	Lors d'actes médicaux ou suite à un examen ou à une intervention pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum, ou dans les services de planification familiale par exemple la mise en place d'un stérilet ou de gynécologie. L'infection peut remonter par le col utérin jusqu'aux voies génitales hautes, et causer une infection grave de l'utérus, des trompes de Fallope et d'autres organes pelviens. La transmission d'une infection par le biais d'une aiguille ou d'autres instruments souillés (sonde utérine, par ex.) est possible, si les mesures de lutte contre les infections sont inadéquates.	Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) suite à un avortement (provoqué ou spontané) ou à d'autres actes transcervicaux. Egalement, nombreuses complications infectieuses de la grossesse et du post-partum.

Figure 1.1. Sites de l'infection



DE L'IMPORTANCE DES IST/IAR

LES IST/IAR SONT FRÉQUENTES

Les IST/IAR représentent une forte proportion de la charge de morbidité à l'échelle mondiale. L'OMS estime à plus de 340 millions le nombre des nouveaux cas de quatre IST guérissables (gonococcie, chlamydia, syphilis et trichomonase) survenus en 1999. Si l'on inclut les IST dues à des virus tels que le virus du papillome humain (VPH), le virus de l'herpès simplex (HSV) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le nombre des nouveaux cas est peut-être trois fois plus élevé. Chez les femmes, les IAR non sexuellement transmissibles sont encore plus courantes.

Encadré 1.1. Les IST/IAR dans le monde

Les IST/IAR sont présentes le monde entier, mais elles sont plus courantes dans certaines régions. Les facteurs entrant en ligne de compte dans la transmission et la fréquence/prévalence sont d'ordre économique, social, biologique et comportemental. Le poids des IST/IAR varie donc d'une région à l'autre, et d'une communauté à l'autre. Là où les IST/IAR sont fréquentes, les complications qu'elles peuvent engendrer le sont tout autant.

- Des IST telles que la syphilis, la gonococcie et le chancre mou, se propagent plus rapidement dans les endroits où les communautés sont déstructurées, où la migration de la main-d'œuvre est courante et où le commerce du sexe est actif.
- Les infections iatrogènes sont plus fréquentes là où il y a beaucoup d'IST et là où le personnel soignant n'a ni la formation ni le matériel pour réaliser les actes médicaux en toute sécurité. Les infections du post-partum (après accouchement) ou du post-abortum (après avortement provoqué ou spontané) sont plus fréquentes là où l'on ne peut assurer ni services ni soins de suivi conformes aux règles d'hygiène et de sécurité.
- Les infections endogènes, telles que la candidose et la vaginose bactérienne, sont courantes dans le monde entier, et liées à des facteurs d'ordre environnemental, hygiénique, hormonal et autres.

DES DIFFÉRENCES IMPORTANTES ENTRE IST/IAR

Le Tableau 1.2 énumère certains syndromes et infections courants, touchant principalement l'appareil reproducteur. Certains sont transmis par voie sexuelle, d'autres non. Certains peuvent être facilement guéris avec des antibiotiques ou d'autres médicaments, tandis que d'autres sont incurables. Il est essentiel de comprendre ces différences, afin de dispenser des soins efficaces et des conseils pertinents aux malades se plaignant de symptômes évocateurs d'infection de l'appareil reproducteur. Ce tableau ne tient pas compte des IST qui ne sont pas liées à un seul syndrome distinct telles que le VIH et l'hépatite B.

Tableau 1.2. Syndromes associés aux IST/IAR courants

Syndrome	IST/IAR	Micro-organisme	Type	Sexuellement transmissible	Guérissable
Ulcérations génitale	Syphilis	*Treponema pallidum*	bactérien	oui	oui
	Chancre mou	*Haemophilus ducreyi*	bactérien	oui	oui
	Herpès	Virus Herpes simplex de type 2 (HSV-2)	viral	oui	oui
	Granulome inguinal (donovanose)	*Klebsiella granulomatis*	bactérien	oui	oui
	Lymphogranulo-matose vénérienne	*Chlamydia trachomatis*	bactérien	oui	oui
Écoulement	Vaginose bactérienne	multiples	bactérien	non	oui
	Candidose	*Candida albicans*	fongique	non	oui
	Gonococcie	*Neisseria gonorrhoeae*	bactérien	oui	oui
	Chlamydia	*Chlamydia trachomatis*	bactérien	oui	oui
	Trichomonase	*Trichomonas vaginalis*	protozoaire	oui	oui
Autres	Condylomes	Virus du papillome humain (VPH)	viral	oui	non

LES IST/IAR ENGENDRENT DE GRAVES PROBLÈMES DE SANTÉ

Les IST/IAR peuvent avoir des répercussions gravissimes sur la santé reproductive, engageant parfois le pronostic vital. On citera notamment la maladie inflammatoire pelvienne (MIP), la stérilité (chez les femmes et chez les hommes), la grossesse extra-utérine, et des issues défavorables de la grossesse telles qu'un avortement spontané, mortinaissance, accouchement prématuré, et infection congénitale. Les IST/IAR accroissent également le risque de transmission du VIH (se reporter à l'Annexe 5 qui contient une liste plus complète des complications des IAR).

La plupart des IST/IAR peuvent toucher les hommes comme les femmes, mais chez la femme, les conséquences en sont plus graves et plus fréquentes que chez l'homme (Encadré 1.2). En fait, les IST/IAR et leurs complications constituent l'une des **causes majeures de maladie et de décès** pour les femmes des régions

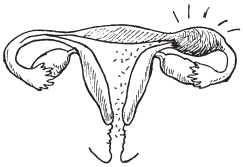
pauvres du globe. Selon une estimation, les complications de la grossesse liées à une infection (après un avortement provoqué ou spontané ou un accouchement) seraient responsables d'environ un tiers des 500 000 décès maternels survenant chaque année. Une grande partie de ces maladies évitables concerne les populations à bas revenus (Tableau 1.3).

Les IST/IAR sont également à l'origine d'issues défavorables de la grossesse. L'infection du placenta ou de la cavité amniotique (chorio-amnionite) due à des micro-organismes endogènes ou transmis par voie sexuelle constitue une cause majeure d'avortement spontané tardif et de mortinaissance. L'infection peut entraîner une rupture de la poche des eaux avant le début du travail, et un accouchement avant terme. **L'infection congénitale** due à une syphilis, à une infection à gonocoque ou à chlamydia, au virus de l'herpès, à une hépatite B et au VIH, peut avoir pour conséquence chez le nouveau-né : la cécité, un handicap d'une autre nature, voire le décès.

Encadré 1.2. Complications d'une infection des voies génitales hautes de la femme

1. **Maladie inflammatoire pelvienne**. Certaines des plus graves conséquences des IAR chez la femme surviennent lorsqu'une infection des voies génitales basses (col utérin ou vagin) ou que des micro-organismes extérieurs remontent jusqu'aux voies génitales hautes (utérus, trompes de Fallope, ovaires, et structures environnantes). L'infection peut se généraliser et engager le pronostic vital ; les lésions tissulaires et cicatrices qui en résultent peuvent être une cause de stérilité, de douleurs pelviennes chroniques et de risque accru de grossesse extra-utérine.

2. Une infection des voies génitales hautes peut se développer à n'importe quel moment, mais les femmes sont plus vulnérables immédiatement après un accouchement ou un avortement. Les **complications infectieuses** survenant **après un avortement** ou **après un accouchement** constituent des causes majeures de mortalité maternelle, et sont largement évitables.



3. **La stérilité** résulte souvent d'une maladie inflammatoire pelvienne chez la femme, et d'une épididymite ou de cicatrices urétrales chez l'homme. En fait, les complications d'une IAR représentent l'une des causes majeures évitables de stérilité dans les régions à fort pourcentage de stérilité primaire. Les avortements spontanés répétés et les mortinaissances, souvent dus à des IAR telles que la syphilis, constituent d'autres raisons importantes pour lesquelles les couples n'arrivent pas à avoir d'enfants.

4. La MIP laisse des cicatrices tubaires, et entraîne souvent une obstruction des trompes qui peut être partielle ou totale. La fécondation demeure possible si les trompes ne sont que partiellement obstruées, mais le risque d'implantation dans les trompes ou ailleurs en dehors de l'utérus (**grossesse extra-utérine** ou **ectopique**) est élevé. La rupture d'une grossesse ectopique constitue, avec les complications de l'avortement et d'une infection du post-partum, une cause fréquente évitable de décès maternel dans les endroits à forte prévalence d'IST/IAR et de MIP.

Tableau 1.3. Risque et charge des infections des voies génitales hautes et leurs complications

Pathologie ou complication	Risque	Situation dans les communautés à faible revenu
Infection cervicale	Une infection cervicale à gonocoques ou à chlamydia peut atteindre les voies génitales hautes. Les actes transcervicaux augmentent le risque d'infection ascendante.	La gonococcie ou l'infection à chlamydia peuvent être de 10 à 100 fois plus fréquentes dans les communautés à faible revenu, que dans celles à revenu élevé.
MIP	Il est estimé que 8–10 % des infections à chlamydia et 8–20 % des gonococcies évoluent vers une MIP.	Estimation des admissions en gynécologie pour une infection pelvienne : 17–40 % en Afrique ; 15–37 % en Asie du Sud-Est.
Infection après un avortement (provoqué ou spontané)	Il est estimé que 10–23 % des femmes porteuses de chlamydia et que 15 % de celles souffrant d'une gonococcie font une maladie inflammatoire pelvienne après avortement.	A l'origine de 7–29 % des décès maternels dans les régions en développement où l'avortement non médicalisé est pratiqué.
Infection post-partum	Rare dans le cas d'un accouchement normal, si rien n'a été introduit dans le vagin pendant le travail.	Les infections suite à un accouchement par les voies naturelles sont 10 fois plus fréquentes dans les pays en développement ; représentent jusqu'à 30 % des décès maternels.
Stérilité	Le risque de stérilité est de 15–25 % après une première MIP, de 50–60 % après une troisième. Pourcentages plus élevés, là où le traitement par antibiotiques n'est pas disponible.	La plupart des cas de stérilité sont liés à une infection.
Grossesse ectopique	6–10 fois plus de risques pour les femmes ayant eu une MIP.	Jusqu'à 32 grossesses ectopiques pour 1000 naissances vivantes en Afrique.

D'autres IST/IAR peuvent avoir des conséquences graves, voire mortelles. Certains types de virus du papillome humain (VPH) augmentent grandement le risque de **cancer du col utérin**, cause majeur de décès par cancer chez la femme. Le **SIDA** est une conséquence de **l'infection à VIH**, maladie sexuellement transmissible. La transmission du VIH s'opère plus aisément lorsqu'il y a présence d'autres IST/IAR (Encadré 1.3). De nombreuses régions à forte prévalence du VIH ont également des taux élevés d'IST/IAR guérissables.

Encadré 1.3. IST/IAR et VIH

Le VIH se transmet de la même façon que les autres IST ; la prévention des IST permet de prévenir également la transmission sexuelle de l'infection à VIH.

Le traitement efficace des IST réduit la quantité de VIH dans les sécrétions génitales, et rend donc moins probable la transmission du VIH.

De nombreuses IST/IAR augmentent le risque de contracter ou de transmettre l'infection à VIH – par exemple ce risque est multiplié par 50 à 300 pour un seul contact s'il y a présence d'une ulcération génitale. La transmission du VIH est plus probable s'il y a présence d'une IST/IAR pour plusieurs raisons :

- Toute plaie/lésion cutanée ou au niveau d'une muqueuse, provoquée par des ulcérations génitales, constitue une porte d'entrée radicale pour le VIH.
- Le VIH peut se fixer sur les nombreux globules blancs présents dans les écoulements génitaux.
- On trouve une grande quantité de VIH dans les lésions ulcérées et dans les liquides génitaux (sperme, sécrétions cervicales) des gens porteurs de certaines IST.

SOLUTIONS À APPORTER

La plupart des graves problèmes de santé causés par les IST/IAR sont évitables. Les taux d'IST/IAR et ceux de leurs complications observés dans les communautés ayant un bon accès à des services de prévention et de traitement efficaces sont moins élevés que dans les communautés où ces services sont médiocres, déstructurés, ou inutilisés par les personnes à risque. Toutefois, pour réduire le poids des IST/IAR, il faut plus qu'une bonne prise en charge clinique des patients. La transmission des IST/IAR s'effectue au sein de la communauté, et en limitant les interventions aux lieux de soins cliniques, on ne s'attaque que très partiellement au problème. L'Encadré 1.4 décrit certains obstacles importants à la lutte contre les IST/IAR à l'échelon de la communauté, et les solutions possibles.

Encadré 1.4. Quelques obstacles à la lutte contre les IST/IAR à l'échelon de la communauté

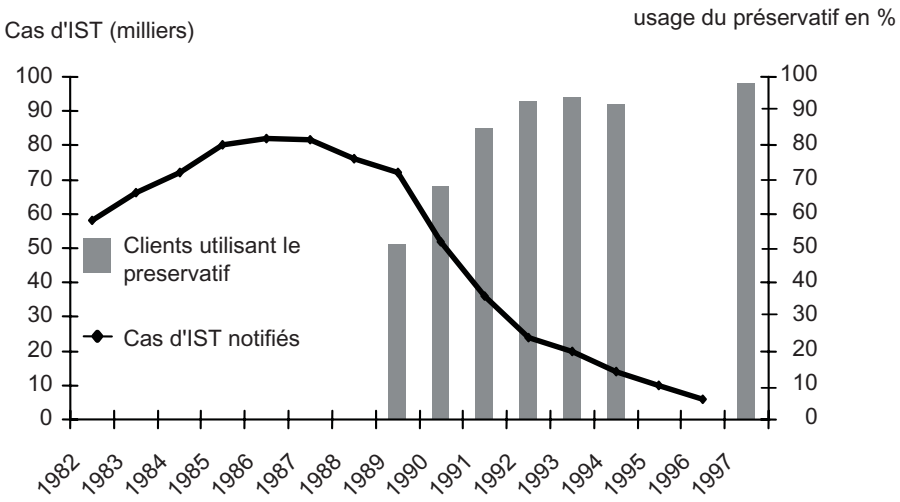
Nature du problème	Solutions possibles
La pauvreté et la migration de la main d'œuvre séparent les familles, et conduisent à l'adoption de comportements sexuels à risque.	Des politiques économiques et sociales s'attaquant au problème de l'éclatement des familles peuvent réduire le risque et la vulnérabilité.
Le bas statut des femmes limite leurs options économiques, aboutissant à des comportements sexuels à risque : la femme va échanger des services sexuels contre de l'argent, ou d'autres formes de soutien. Ce bas statut signifie également peu de pouvoir décisionnel, et moindre aptitude à négocier avec les partenaires sexuels.	Ouvrir aux filles les portes de l'éducation et de l'emploi peut amoindrir l'attrait matériel du commerce du sexe, contribuer à l'autonomisation des femmes et à la réduction du risque d'IST.
Les services de santé de qualité médiocre ont peu à proposer pour la prévention et la prise en charge des IST/IAR.	Amélioration des services de santé signifie amélioration de la prévention et des soins.
Les gens n'ont pas facilement accès aux structures de santé.	Abattre des obstacles tels que le coût, la distance, les heures d'ouverture inadaptées aux besoins et les longues attentes, signifie un meilleur accès aux soins.
Les gens n'utilisent pas les structures de santé défaut de comportement de recherche de soins.	Une meilleure connaissance des symptômes et des complications des IST/IAR, ainsi que la promotion de services de santé améliorés contribueront à convaincre davantage de gens d'utiliser les services.

Certains pays ont nettement fait baisser la prévalence et le taux de transmission des IST/IAR courantes, en s'attaquant à ces facteurs sociaux et structurels. La Thaïlande a récemment enregistré une baisse supérieure à 90 % de l'incidence des IST les plus courantes grâce à la promotion de l'usage du préservatif et à l'amélioration du traitement des IST au sein de la population des professionnel(le)s du sexe (Encadré 1.5). La morbidité maternelle due aux complications de l'accouchement et de l'avortement a nettement baissé dans les pays proposant des services sûrs. Dans d'autres pays, les taux élevés de morbidité et de mortalité liées à la procréation font de la lutte contre ces infections une priorité de santé publique.

Encadré 1.5. Une action efficace de lutte contre les IST et de prévention du VIH en Thaïlande

Face à la progression rapide de l'épidémie de VIH à la fin des années 1980, la Thaïlande a pris des mesures pour freiner la propagation de ce virus et des autres IST. Une promotion active a été faite autour de l'usage du préservatif, en particulier auprès des réseaux de commerce du sexe, et les moyens pour le diagnostic et le traitement des IST ont été renforcés. Sur une période de cinq ans, d'après les données recueillies auprès des professionnel(le)s du sexe, l'usage du préservatif est passé de 14 % à 94 % ; les taux d'IST ont baissé (voir Figure 1.2). En outre, sur cette même période, la prévalence du VIH a diminué à la fois au sein des groupes à haut risque et chez les femmes enceintes (non indiqué sur le graphique). La ferme détermination des pouvoirs publics et le recours à des stratégies ciblées sur les populations où la transmission des IST est la plus importante, ont été les ingrédients de ces succès remportés par la Thaïlande.

Figure 1.2 Clients utilisant le préservatif et Cas d'IST notifiés – Thaïlande

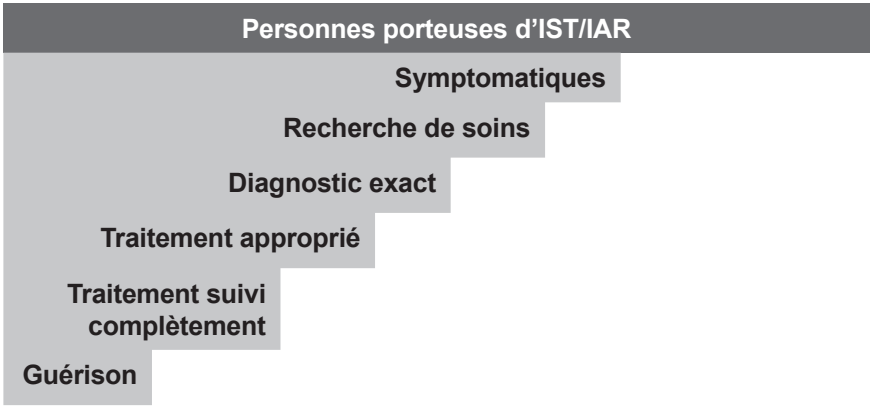


LE RÔLE DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE DANS LA REDUCTION DE LA CHARGE DES IST/IAR

Offrir des services de prise en charge des IST/IAR efficaces aux personnes qui en ont besoin comporte d'un certain nombre de défis (Figure 1.3). Nombreuses sont les personnes qui sont porteuses d'une IST/IAR et qui ne consultent pas parce que, asymptomatiques ou légèrement symptomatiques, elles n'ont pas conscience de leur état. D'autres, symptomatiques, vont préférer se soigner par leurs propres moyens, ou s'adresser aux pharmacies ou à des tradipraticiens. Sans parler de celles qui, bien

qu'elles aient fait appel aux services de santé, ne bénéficieront pas d'un diagnostic ni d'un traitement corrects. Au bout du compte, seule une faible proportion des gens porteurs d'IST/IAR a une chance de guérir et d'éviter une réinfection ; le présent guide a pour but de contribuer à augmenter cette proportion.

Figure 1.3. Les défis qui accompagnent l'offre de services anti-IST/IAR



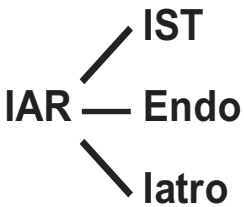
Bon nombre de ces défis peuvent être relevés en profitant au maximum de toutes les occasions de promouvoir la prévention, d'inciter à l'adoption d'un comportement de recherche de soins, et de détecter et de prendre en charge les cas d'infection. Les professionnels de la santé doivent :

- **Sensibiliser** la communauté au problème des IST/IAR et l'informer sur les modes de prévention – en mettant l'accent sur les populations éventuellement à haut risque.
- **Favoriser le recours précoce aux services de santé**, en vue de la guérison des IST/IAR et de la prévention de leurs complications. Apprendre aux gens à reconnaître les symptômes et à déterminer quand il est nécessaire de consulter.
- **Préconiser les pratiques sexuelles à moindre risque** dans le cadre du conseil aux clients – notamment l'usage du préservatif, la réduction du nombre des partenaires, et le début plus tardif de l'activité sexuelle.
- **Détecter les cas d'infection** qui ne sont pas évidents. Interroger les patients qui viennent en consultation pour la planification familiale ou pour d'autres raisons, sur l'existence éventuelle de symptômes indicateurs d'IST/IAR. Rechercher des signes d'IST/IAR lors des examens. Si possible, faire des tests de dépistage d'infections asymptomatiques.
- **Empêcher les infections iatrogènes** en se conformant aux précautions universelles, en utilisant des techniques conformes aux règles d'asepsie, et en écartant ou en traitant une infection cervicale avant de procéder à un acte transcervical.

- **Prendre en charge efficacement toute IST/IAR symptomatique**. Suivre les algorithmes pour la prise en charge syndromique des IST/IAR.
- **Expliquer au patient** comment éviter toute réinfection après le traitement. L'inviter à suivre son traitement à la lettre, l'aider pour la notification à son (ses) partenaire(s) et le traitement de ce(s) dernier(s), et renforcer la prévention.

Les consultations IST/IAR ne doivent jamais être considérées comme un volet facultatif des services de santé reproductive. La Conférence internationale de 1994 sur la Population et le Développement, qui s'était tenue au Caire (Egypte), soulignait que l'offre de services cliniques dans le cadre de la planification familiale, aux fins de la réduction du nombre de cas d'IST, était capitale pour une future bonne santé reproductive. Il est clair qu'il y a là une occasion toute trouvée d'atteindre de nombreuses femmes qui n'ont de contact avec le système de santé que dans le cadre des services de santé reproductive. La plupart de ces femmes sont sexuellement actives, beaucoup sont à risque d'infection et certaines sont porteuses d'une infection.

L'association de deux stratégies – interventions communautaires efficaces et amélioration des services cliniques – peut générer une baisse des taux d'IST/IAR et de leurs complications. Une amélioration des services cliniques ne peut qu'entraîner une augmentation du nombre de gens qui guérissent. Une action de prévention plus efficace au sein de la communauté, en particulier lorsqu'elle atteint les personnes les plus à risque, peut permettre d'atténuer le problème global des IST/IAR. L'association de ces deux stratégies est bénéfique pour tout le monde.



CHAPITRE 2
PRÉVENTION DES IST/IAR ET DE LEURS COMPLICATIONS

Points essentiels

- Une stratégie IST/IAR complète englobe la prévention des infections sexuellement transmissibles, des infections iatrogènes et des infections endogènes.
- La prévention des IST suppose **réduction de l'exposition au risque** – par l'utilisation du préservatif et la réduction du nombre des partenaires sexuels. Le préservatif doit être utilisé **correctement et systématiquement** pour éviter toute IST.
- Epauler les adolescents, pour un **début plus tardif** de leur activité sexuelle.
- Il est possible de réduire le risque d'infection iatrogène en prenant, lors des actes médicaux, toutes les mesures nécessaires de **prévention des infections**.
- Là où les IST sont fréquentes, il est possible d'éviter les complications iatrogènes suite à une intervention transcervicale, par une **antibiothérapie complète contre l'infection cervicale**, s'il n'a pas été possible d'exclure totalement ce type d'infection.

Comme expliqué au Chapitre 1, les IST/IAR se propagent de plusieurs façons :

- **Transmission sexuelle** – beaucoup d'IAR sont sexuellement transmissibles ; qui dit taux élevé de transmission dans la communauté, dit fréquence accrue des complications de ces infections.
- **IST/IAR liées à des actes médicaux** – une infection et des complications d'IST/IAR peuvent survenir à la suite d'actes médicaux, ou d'un examen ou d'une intervention durant la grossesse, ou pendant ou après l'accouchement.
- **Infections endogènes** – certaines IAR sont liées à la prolifération de micro-organismes normalement présents dans le vagin. Ces IAR peuvent également donner lieu à des complications.

Pour lutter de manière optimal contre les IST/IAR et de leurs complications, il convient de s'attaquer à chacun de ces aspects.

COMMENT PRÉVENIR LES IST

Le meilleur moyen est d'éviter de s'exposer au risque. A ce premier niveau de prévention, il est possible d'abaisser la probabilité de l'exposition aux IST en :

- retardant le début de l'activité sexuelle (pour les adolescents) ;
- réduisant le nombre des partenaires sexuels ;
- utilisant correctement et systématiquement le préservatif.

L'identification rapide de la présence d'une IST et le recours sans délai au traitement adéquat font partie de la prévention des IST. La rapidité d'intervention permet non seulement d'abaisser la probabilité de complications au niveau individuel, mais également de prévenir la propagation au sein de la communauté. Plus une IST est guérie tôt, moins elle risque d'être transmise à d'autres.

RETARDER LE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Les adolescent(es) peuvent éviter les IST et la grossesse (à un âge où ils/elles sont particulièrement vulnérables) en débutant plus tardivement leur activité sexuelle. A cet égard, les jeunes filles ont peut-être davantage besoin de soutien, car dans leur cas une grossesse ou une IST peut avoir de graves conséquences au plan social et sanitaire. Les adolescentes sont, de par leur constitution, particulièrement vulnérables aux infections cervicales, qui créent un risque de MIP, de stérilité et de grossesse ectopique. Il est important pour les adolescent(e)s de savoir qu'ils/elles peuvent bénéficier d'un soutien et d'une information, dans le respect de la confidentialité, sur les méthodes de prévention de la grossesse et des IST – notamment l'usage du préservatif – lorsqu'ils/elles décident de devenir sexuellement actif(ve)s.

DIMINUER LE NOMBRE DES PARTENAIRES SEXUELS

Un nombre moindre de partenaires sexuels peut aider à réduire le risque de contracter une IST. Par exemple, les couples où les deux partenaires sont monogames – ayant un(e) seul(e) partenaire sexuel(le) – ne risquent rien si les deux éléments du couples sont indemnes de toute IST. Toutefois, beaucoup de femmes monogames fidèles à vie à un seul partenaire sexuel contractent une IST – du fait du comportement de leur partenaire, et non pas du leur. L'abstinence sexuelle est une autre façon d'éviter les IST (encore que d'autres IAR sont possibles).

Bon nombre de personnes ont besoin de stratégies autres que la monogamie ou l'abstinence, à un certain moment de leur vie. La monogamie n'est pas synonyme de protection contre les IST lorsque les liaisons monogamiques se succèdent en série et avec rapidité. Les couples qui vivent épisodiquement séparés l'un de l'autre vont également avoir besoin d'autres stratégies. Les hommes et les femmes qui, de par leur travail, sont amenés à voyager (travailleurs migrants, vendeurs ambulants, routiers, militaires) ont plus de chance de multiplier les partenaires sexuels, et risquent davantage de revenir chez eux/elles porteurs ou porteuses d'une IST. Quelles que soient les circonstances, les femmes comme les hommes – ou leur partenaire attitré – pratiquant le multipartenariat sexuel – ont besoin d'une protection fiable contre les IST.

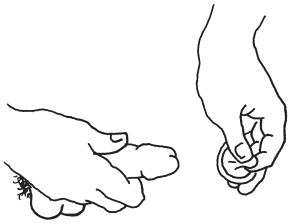
L'USAGE CORRECT ET SYSTÉMATIQUE DU PRÉSERVATIF

Les préservatifs constituent la méthode la plus fiable pour celles et ceux qui veulent se protéger et protéger leur partenaire de tout risque d'IST. Utilisé correctement, le préservatif barre la route aux bactéries ou aux virus les plus petits.

Les préservatifs masculins en latex sont disponibles à grande échelle, peu onéreux et très efficaces. Faciles à transporter, on peut à n'importe quel moment en disposer pour se protéger. Pour un usage correct du préservatif :

- Placer le préservatif sur le pénis avant tout rapport sexuel avec pénétration (voir Figure 2.1).
- Retirer le pénis immédiatement après l'éjaculation (quand le pénis est encore en érection) pour éviter que le préservatif ne glisse et reste dans le vagin.
- Mettre un préservatif neuf à chaque nouveau rapport.

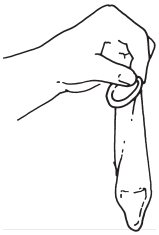
Figure 2.1. Mode d'emploi du préservatif masculin



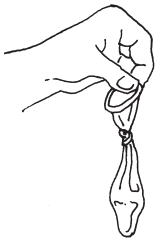
1. Retirer le préservatif de son étui délicatement, pour éviter de le déchirer.

2. Evacuer l'air en pressant le réservoir situé à l'extrémité du préservatif.

3. Dérouler le préservatif sur le pénis en érection.



4. Après l'éjaculation, retirer du vagin le pénis encore en érection, en tenant le bord du préservatif pendant le retrait afin d'éviter qu'il ne glisse et que du sperme ne se répande dans le vagin.



5. Retirer le préservatif du pénis, et faire un nœud pour éviter l'écoulement du sperme. Jeter le préservatif dans un endroit sûr.

Le risque de contracter une IST n'est cependant pas totalement nul même avec l'utilisation du préservatif. La personne porteuse d'ulcérations génitales ou de condylomes sur des zones du corps non couvertes par le préservatif peut contaminer le partenaire qui aura été au contact de ces zones. Plus communément, toutefois, les gens qui ne l'utilisent pas correctement ni systématiquement peuvent contracter une IST. Une manipulation ou une conservation incorrectes – dans un portefeuille ou dans un endroit chaud, par exemple - ou l'utilisation d'un lubrifiant à base huileuse, peuvent expliquer la perte d'efficacité d'un préservatif. La rupture d'un préservatif est habituellement due à un usage incorrect, non à un défaut de fabrication.

Il faut absolument avoir conscience du fait que le préservatif ne peut protéger des IST que s'il est utilisé correctement et systématiquement. **Lorsqu'il est utilisé correctement à chaque rapport, le préservatif peut considérablement réduire le risque de grossesse et d'IST (double protection), y compris l'infection à VIH**. Le Chapitre 4 donne des orientations sur la façon d'apprendre aux patient(e)s, dans le cadre du conseil, à négocier l'usage du préservatif avec les partenaires.

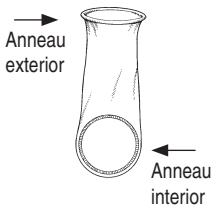
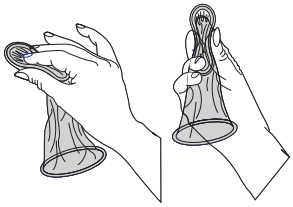
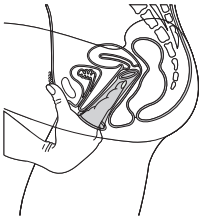
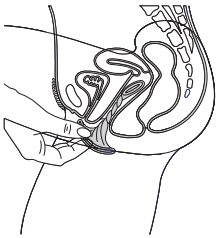
Le préservatif féminin (Figure 2.2) est de plus en plus disponible ; l'avantage pour la femme est que celle-ci est à même d'en contrôler l'utilisation, ce qui est moins certain dans le cas du préservatif masculin. Un type de préservatif féminin est actuellement sur le marché, sous des noms divers. Il est en polyuréthane, matière plus solide que le latex. Il n'existe qu'en une seule taille, et sa pose ne nécessite pas l'intervention d'une tierce personne. A la différence du préservatif masculin en latex, dont la solidité peut être amoindrie par les lubrifiants à base huileuse, le préservatif féminin peut s'utiliser avec n'importe quel type de lubrifiant, sans que cela n'altère sa solidité. Il est prélubrifié, mais on peut remettre du lubrifiant si on le souhaite.

Le préservatif féminin peut conférer le même degré de protection que le préservatif masculin, mais il est plus cher. Certaines études ont montré que le préservatif féminin est bien accepté, tant par les femmes que par leurs partenaires masculins.

Malgré ses avantages, le préservatif féminin a quelques limites. Ce dispositif dépasse du vagin et nécessite donc l'acceptation du partenaire masculin. Il ne peut pas être utilisé en même temps que le préservatif masculin ; il ne peut donc être utilisé comme protection de secours si le préservatif masculin se rompt ou glisse.

Des travaux de recherche sont en cours dans le domaine des méthodes de protection dont l'utilisation repose sur la femme. Des microbicides (produits chimiques qui tuent les micro-organismes responsables des IAR) sont en cours d'expérimentation afin d'en établir l'innocuité et leur capacité de protection contre les IST et le VIH. D'autres méthodes mécaniques telles que le diaphragme, sont aussi à l'étude. Toutefois, il n'est pas encore démontré que ces méthodes confèrent une protection égale à celle du préservatif.

Figure 2.2. Mode d'emploi du préservatif féminin

<table>
<tr>
<td rowspan="2">Le préservatif féminin est une sorte de gaine souple, ample, comprenant un anneau flexible en polyuréthane à chaque extrémité. L'anneau interne (à l'extrémité fermée) sert à insérer le préservatif féminin dans le vagin.
L'anneau externe reste à l'extérieur du vagin pendant le rapport et recouvre la région autour de l'orifice vaginal (vulve).</td>
<td> 
</td>
<td>  </td>
</tr>
<tr>
<td>1. Retirez avec précaution le préservatif de son emballage, et frottez-le entre deux doigts pour faire en sorte que le lubrifiant soit bien uniformément répartis à l'intérieur de la gaine. Si vous voulez lubrifier davantage, versez dans la gaine du préservatif deux gouttes du lubrifiant inclus dans l'emballage.</td>
<td>2. L'extrémité fermée du préservatif se place à l'intérieur du vagin. Pressez l'anneau interne (extrémité fermée) entre le pouce et le majeur, et insérez-le dans le vagin.</td>
</tr>
<tr>
<td>  </td>
<td> </td>
<td>  </td>
</tr>
<tr>
<td>3. Avec l'index, poussez la gaine dans le vagin aussi profondément que possible. Le préservatif est bien en place lorsque vous ne le sentez plus.
Aucun risque qu'il n'aille trop loin.</td>
<td>4. L'anneau à l'extrémité ouverte du préservatif féminin doit rester à l'extérieur du vagin et recouvrir les grandes lèvres. Veillez à ce que la gaine ne se torde pas. Au moment de la pénétration, vous pouvez avoir à guider le pénis de votre partenaire, pour qu'il s'introduise bien à l'intérieur de la gaine – le risque étant que le pénis s'introduise bien dans le vagin, mais en dehors du préservatif, auquel cas vous ne seriez pas protégée.</td>
<td>5. Après le rapport, vous pouvez retirer le préservatif féminin à n'importe quel moment. Si vous êtes allongée, faites-le avant de vous lever pour éviter tout déversement de sperme. Avant d'enlever le préservatif, enroulez le pour éviter que le sperme ne se déverse.
Jetez le préservatif dans un endroit sûr. Ne le réutilisez pas.</td>
</tr>
</table>

COMMENT PRÉVENIR LES INFECTIONS IATROGÈNES

Comme on l'a vu au Chapitre 1, bon nombre de complications d'IST/IAR surviennent lorsque des micro-organismes sexuellement transmissibles, endogènes ou iatrogènes, remontent jusqu'aux voies génitales hautes. Le meilleur moyen d'éviter les complications des IST/IAR , telles que la stérilité et la grossesse ectopique, c'est de **prévenir les infections des voies génitales hautes** (Tableau 2.1). Ceci englobe :

- la prévention et la prise en charge des IST (Chapitres 2 et 8) ;
- des soins prénatals de qualité et des pratiques obstétricales conformes aux règles d'hygiène et de sécurité des bonne pratiques cliniques (Chapitres 7 et 9) ;
- la réalisation d'actes transcervicaux et dans de bonnes conditions d'hygiène (Chapitre 2) ;
- des soins appropriés après avortement (provoqué ou spontané) et la prise en charge adéquate d'éventuelles complications (Chapitre 9).

Les interventions permettant de réduire la propagation des IST/IAR ou d'éviter l'ascension d'une infection jusqu'à l'utérus, sont capitales pour la prévention des complications. Durant la première partie du cycle menstruel, la glaire cervicale forme une barrière épaisse que les germes ont du mal à franchir. Des IST telles que la gonococcie ou l'infection à chlamydia localisées au col utérin peuvent toutefois s'étendre à l'utérus pendant les règles ou y être poussées lors d'actes transcervicaux. Des micro-organismes non sexuellement transmissibles présents dans le vagin ou provenant de l'extérieur – peuvent également provoquer une MIP s'ils sont poussés à l'intérieur de l'utérus.

Tableau 2.1. Prévention des infections des voies génitales hautes, de la stérilité et de la grossesse ectopique

Intervention	Méthodes de prévention des infections et des complications
Prévention et prise en charge des IST	**Aborder pendant la séance de conseil les aspects suivants** : ▪ début plus tardif de l'activité sexuelle ▪ réduction du nombre des partenaires ▪ utilisation correcte et systématique du préservatif
Prise en charge des IST	**Détection et traitement** précoces des IST
Pratiques obstétricales sûres	**Utiliser** les techniques d'aseptie **Prendre en charge** efficacement l'infection du post-partum
Actes transcervicaux sûrs	**Utiliser** les techniques d'aseptie **Exclure** toute infection avant l'acte
Soins après avortement (provoqué ou spontané)	**Utiliser** les techniques d'aseptie **Prendre en charge** efficacement toute infection après avortement (provoqué ou spontané)

RÉALISATION D'ACTES TRANSCERVICAUX DANS LE RESPECT DES RÈGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE

Une infection peut gagner l'utérus lors d'actes médicaux nécessitant le passage d'instruments par le col utérin (actes transcervicaux). Aspiration manuelle intra-utérine, dilatation du col et curetage de la cavité utérine, pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) et biopsie de l'endomètre, sont des exemples d'actes transcervicaux. Le risque d'infection lié à ce type d'acte varie grandement en fonction de facteurs tels que : prévalence locale des IST, niveau de ressources et de capacité, et les conditions dans lesquelles les actes sont réalisés. Dans les endroits où la prévalence de l'infection cervicale est peu élevée, le risque d'introduction d'une infection dans les voies génitales hautes est minime.

Toutefois, la femme porteuse d'agents pathogènes comme *N. gonorrhoea* ou *C. trachomatis* localisés au col utérin est davantage exposée au risque de maladie inflammatoire pelvienne après un acte transcervical qu'une femme non infectée.

Il est possible de réduire le risque d'infection des voies génitales hautes lié aux actes transcervicaux en :

- utilisant des méthodes de prévention des infections et des techniques d'aseptie appropriées ;
- traitant toute infection cervicale existante.

RÉDUIRE LE RISQUE D'INFECTION

Pratiques cliniques

L'utilisation de méthodes de prévention des infections et de techniques d'aseptie appropriées (Encadré 2.1) protège contre la transmission d'infections.

Encadré 2.1.Techniques de prévention des infections lors d'actes transcervicaux

- Se laver les mains.
- Porter des gants, à la fois pendant l'acte et lors de la manipulation de déchets contaminés ou d'instruments ayant servi.
- Décontaminer, nettoyer et stériliser tous les instruments (par exemple spéculums, pinces de Pozzi, forceps, sonde utérine). On peut stériliser en faisant bouillir pendant 20 minutes les instruments dans un récipient couvert.
- Nettoyer le col utérin et le vagin avec une solution antiseptique.
- Appliquer la technique « sans toucher », consistant à prendre soin de ne pas toucher la paroi vaginale ou les lames du spéculum, afin de ne pas contaminer la sonde utérine ou tout autre instrument.

Se reporter à l'Annexe 2 pour une description détaillée des méthodes de désinfection et des précautions universelles.

Traitement des infections cervicales

S'il est vrai que le respect des modalités de prévention des infections réduit le risque d'introduction d'agents infectieux extérieurs, reste toutefois le risque d'ascension jusqu'à l'utérus, lors d'actes transcervicaux, d'une infection à gonocoque ou à chlamydia. Quand il y a présence d'une infection cervicale, même des instruments stérilisés peuvent, au passage de l'endocol, être contaminés et transporter des bactéries jusqu'aux voies génitales hautes.

La **méthode la plus sûre** pour éviter qu'une infection ne s'étende aux voies génitales hautes, consiste à exclure ou à traiter, avant tout acte transcervical (voir Chapitre 4 et Annexe 1) une infection cervicale éventuelle. Il est important de se rappeler qu'une infection cervicale peut être asymptomatique chez la femme. Dans les endroits où les ressources sont limitées et où les infections cervicales sont assez peu fréquentes, il est acceptable que le professionnel de la santé se base sur son seul jugement clinique pour exclure la présence d'une infection. Toutefois, dans les endroits où les ressources sont limitées et où la prévalence des infections cervicales est élevée, si le professionnel de la santé est dans l'incapacité d'écarter l'éventualité d'une infection, on peut envisager de prescrire a priori un traitement antibiotique complet (traitement présomptif) contre l'infection à gonocoque et à chlamydia (voir Tableau 2.2).

On doit conseiller à toute femme ayant subi un acte transcervical de contacter sans délai un professionnel de la santé si, dans les semaines qui suivent, apparaissent des symptômes évocateurs d'une infection, tels que fièvre, douleur abdominale basse, ou écoulement vaginal anormal.

Une dose prophylactique d'antibiotiques réduit les taux d'infection associés à l'avortement provoqué, et sera donnée à toute femme devant subir cette intervention, indépendamment de la prévalence des IST. S'agissant de la pose d'un dispositif intra-utérin, le bénéfice de l'antibiothérapie à titre prophylactique est minime, et par conséquent ce traitement n'est pas conseillé.

Note : les tests de laboratoire pour le dépistage des IST contribuent considérablement à l'utilisation sûre et efficace des DIU, mais leur mise en place doit être recommandée en fonction des contextes de santé publique et des services de santé. Il convient de mettre en balance le risque lié à la non réalisation de ces tests, et les bénéfices de la méthode de contraception pour l'intéressée.

Tableau 2.2. Antibiothérapie recommandée contre l'infection à gonocoques et à chlamydia

Couverture	Premier choix[a] Choisir un médicament dans l'une des deux cases ci-dessous (2 médicaments)	Traitement alternatif
Gonococcie	**céfixime** 400 mg par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125–250 mg en injection intramusculaire	**ciprofloxacine**[c] 500 mg par voie orale en dose unique, ou **spectinomycine** 2 g en injection intramusculaire
	Se reporter au Tableau de traitement 2 du Chapitre 8, qui présente d'autres traitements possibles pour traiter la gonococcie.	
Chlamydia	**doxycycline** 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours, ou **azithromycine**[b] 1 g par voie orale en dose unique	**ofloxacine**[c] 300 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours, ou **tétracycline** 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours

a. Le traitement en dose unique, s'il est disponible, est préférable au traitement en doses multiples, car il évite le problème éventuel de la non observance de la posologie.

b. L'azithromycine 1 g seule est un traitement en dose unique qui guérit plus de 90 % des infections cervicales à gonocoques ou à chlamydia. L'ajout d'un second médicament pour le traitement de la gonococcie permet d'obtenir un taux de guérison de près de 100 %.

c. L'utilisation des quinolones devra prendre en compte le profil de la résistance à *Neisseria gonnorhoea* en particulier dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.

COMMENT PRÉVENIR LES INFECTIONS ENDOGÈNES

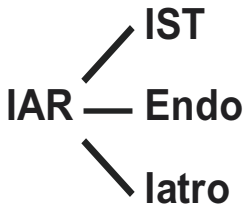
La candidose et la vaginose bactérienne sont des infections endogènes courantes qui se soignent facilement (Chapitre 8), mais les récidives sont fréquentes. Les professionnels de la santé doivent être conscients de ceci :

- La femme enceinte et la femme utilisant un contraceptif oral peuvent être affectées par des candidoses fréquentes en raison des modifications de l'acidité du vagin (mesurée par le pH).
- Certaines affections – par exemple le diabète – peuvent accroître le risque de candidose, de même que la prise de stéroïdes sur une longue période.

Moins couramment, les candidoses récidivantes peuvent être indicatrices de la présence d'une maladie plus grave qui affaiblit le système immunitaire (maladie chronique de longue durée, infection à VIH). Ces pathologies ne doivent être envisagées qu'en présence d'autres symptômes ; la candidose seule est une pathologie courante, qu'il est en général facile de prévenir ou de traiter.

Les professionnels de la santé peuvent indiquer certains moyens simples de prévenir les infections endogènes.

- Les douches vaginales peuvent déséquilibrer la flore vaginale et provoquer une prolifération d'autres micro-organismes (vaginose bactérienne). Il convient d'éviter l'utilisation de détergents, de désinfectants, et de tout produit de toilette vaginale à effet desséchant. Le nettoyage à l'eau et au savon des parties génitales externes constitue une mesure d'hygiène suffisante.
- Les antibiotiques également peuvent déséquilibrer la flore vaginale et favoriser la prolifération de levures. Les femmes sous antibiotiques – en particulier les antibiotiques à large spectre pris sur une longue période – devront peut-être prendre aussi un traitement contre la candidose.



CHAPITRE 3.
DÉTECTION DES IST/IAR

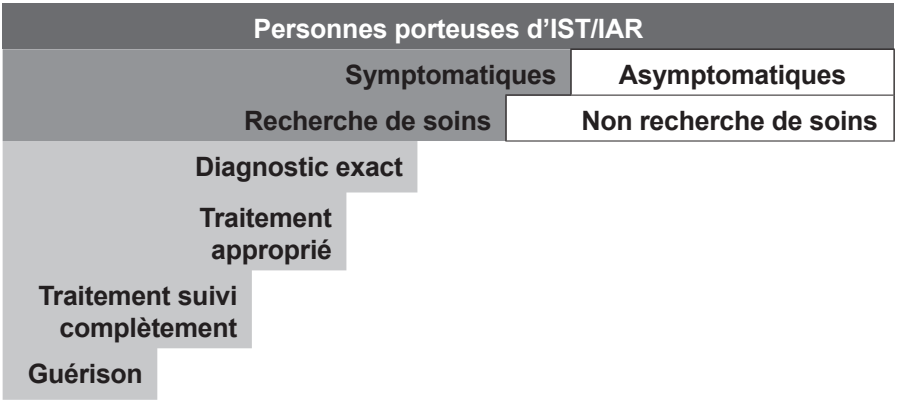
Points essentiels

- Les professionnels de la santé doivent savoir identifier les personnes présentant des signes, des symptômes, ou un risque d'IST/IAR.
- Le dépistage de la **syphilis** constitue une stratégie efficace de prévention de la syphilis congénitale et fait partie des soins prénatals essentiels.
- Les femmes ayant des antécédents d'avortement spontané, de mortinaissance ou d'accouchement avant terme, doivent bénéficier d'un dépistage de la **vaginose bactérienne** et de la **trichomonase**, en plus de la syphilis.
- Chaque occasion doit être saisie de détecter les **infections cervicales**, au moyen d'un examen soigneusement réalisé au spéculum et, quand cela est possible, des tests de laboratoire.
- Un frottis avec test de Papanicolaou doit être effectué au moins une fois chez les femmes ayant atteint la quarantaine, en vue de la **détection précoce** d'un cancer du col utérin.
- Il convient de développer les services de conseil et de dépistage **VIH** volontaires (CDV), là où l'infection à VIH est fréquente.

Certaines personnes porteuses d'une IST/IAR ont des symptômes et consultent, tandis que d'autres, non. (Figure 3.1). Contribuer à une meilleure identification des symptômes et au recours précoce aux services de santé constitue un moyen important de réduire la charge des IST/IAR.

Nombre de femmes et d'hommes porteurs d'une IST/IAR n'ont aucun symptôme, ou ont des symptômes trop discrets pour qu'ils/elles aient conscience de leur état. Ces personnes peuvent se rendre au dispensaire pour une tout autre raison ou ne pas s'y rendre du tout. Et pourtant, repérer et traiter ces patients, c'est réduire l'incidence des complications, et contribuer à freiner la propagation des IST au sein de la communauté.

Figure 3.1. Obstacles à la lutte contre les IST/IAR – trouver les personnes porteuses d'une IST/IAR



Chez la femme, les infections asymptomatiques silencieuses peuvent être plus graves que les infections symptomatiques. La syphilis, l'infection à gonocoque et à chlamydia, ont de graves conséquences, et sont pourtant souvent asymptomatiques (voir Chapitre 1). Même dans le cas d'une MIP, les symptômes sont très souvent légers ou inexistants.

Les services de santé reproductive ont un rôle important à jouer dans la détection des IST/IAR asymptomatiques. Comme de nombreuses femmes se rendent aux centres de santé proposant des services de santé reproductive pour bénéficier de services de planification familiale, de soins prénatals et d'une prise en charge après l'accouchement, il est possible à cette occasion de repérer les femmes porteuses d'une IST/IAR et de leur offrir un traitement. Le présent chapitre expose certaines stratégies pour la détection des IST/IAR chez les patientes qui viennent au centre de santé pour d'autres motifs. Les Tableaux 3.1 et 3.2 donnent quelques exemples d'approches.

Les services de santé reproductive doivent aller au-devant des interrogations et des besoins des hommes chaque fois que possible. Si les symptômes sont en général pour

l'homme plus évidents à remarquer que pour la femme, une IST asymptomatique reste possible. Plus communément, l'homme fera abstraction de la présence de symptômes s'ils sont légers. Les professionnels de la santé peuvent mener une action d'information sur les symptômes, et encourager les hommes à les reconnaître et à venir se faire examiner. L'Annexe 1 décrit de façon plus détaillée comment procéder pour examiner un homme et une femme.

Tableau 3.1. Quelques exemples de stratégies de détection et de traitement des IST/IAR

Méthode	Exemple – exploiter toutes les occasions
Anamnèse	A chaque consultation de santé reproductive, demander à la personne si elle a des symptômes d'IST/IAR ou si elle pense en avoir.
Dépistage reposant sur l'examen clinique	Examen au spéculum et bi-manuel, à la recherche de signes d'IST/IAR non remarqués par la patiente.
Dépistage reposant sur les tests de laboratoire	Test sérologique à la recherche d'une syphilis. Frottis avec test de Papanicolaou pour une détection précoce du cancer du col. Conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV).
Traitement présomptif, sur la base des critères de risque	Traitement des partenaires de personnes porteuses d'une IST des professionnel(le)s du sexe s'étant exposé(e)s au risque sans se protéger. Des victimes de violences sexuelles. Traitement des femmes sur qui un acte transcervical est pratiqué.
Stratégies combinées	Traitement présomptif des professionnel(le)s du sexe à la première consultation, puis visites régulières pour examen au spéculum/bi-manuel, et coloration de Gram sur un frottis cervical.

Certains centres de santé proposant des services de santé reproductive disposent des ressources nécessaires pour dépister les infections asymptomatiques. C'est notamment le cas du dispensaire pour femmes, où peuvent être réalisés un examen au spéculum et un examen bimanuel, à la recherche de signes d'infection cervicale ou de MIP, un frottis avec test de Papanicolaou pour le diagnostic précoce du cancer du col utérin, ou des tests de dépistage de la syphilis ou de la gonococcie. Toutefois, même là où la réalisation de ces examens est impossible, la détection et le traitement des IST/IAR peuvent être améliorés avec un minimum de dépenses et d'effort. Il faut adopter **l'approche consistant à ne rater aucune occasion** – en utilisant les stratégies décrites au Tableau 3.1. Cela signifie que les prestataires de soins doivent rechercher des signes d'IST/IAR chaque fois qu'ils examinent des patients pour d'autres motifs.

Le Tableau 3.2 fournit de plus amples informations sur certains tests de dépistage courants pouvant être pratiqués dans certaines situations. Les tests de la syphilis, la recherche par culture de gonocoques et le frottis avec test de Papanicolaou permettent de détecter plus de 80 % des infections silencieuses. D'autres tests détectent moins de cas asymptomatiques, mais peuvent quand même avoir leur utilité si les professionnels de la santé en comprennent les limites. Détecter 40–60 % de cas d'infection cervicale au moyen d'un examen au spéculum vaut toujours mieux que rien.

Le reste du présent chapitre donne des recommandations relatives à la détection d'IST/IAR spécifiques.

Tableau 3.2. Exemples d'options pour le dépistage des IST/IAR chez la femme

Infection/ pathologie	Méthode de dépistage	Nombre de cas, sur 100, qui seront détectés[a]	Commentaires
Syphilis	Tests sérologiques non tréponémiques[b]	80–86 (syphilis primaire) 100 (syphilis secondaire) 80 (infection latente) 71–73 (syphilis tardive)	Un test positif signe très probablement une infection syphilitique, mais pas nécessairement une syphilis actuelle, évolutive. Les patientes positives au test doivent être traitées. Un test de confirmation peut également être effectué (test tréponémique spécifique), si possible.
Infection cervicale (à gonocoque ou à chlamydia)	Culture de gonocoques	95	Précis, nécessite des moyens de laboratoire tels que incubateur et jarres à CO^2, et milieux de culture.
	Test diagnostique de chlamydia[c]	60–70	Onéreux ; nombreux cas non détactés (faux négatifs).
	Dépistage de chlamydia par amplification génique (PCR)	95	Très onéreux ; haute technologie.
	Examen clinique	30–40	Peu onéreux ; nombreux cas non détactés (faux négatifs)
Dysplasie cervicale	Frottis avec test de Papanicolaou	80	Efficace pour la détection précoce et la prévention du cancer du col utérin.

a. Dans des conditions idéales, et en fonction du stade de la maladie. Résultats en général moins bons dans la réalité.
b. RPR (rapid plasma reagin) et VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).
c. Par exemple, ELISA (méthode immuno-enzymatique en phase solide) ou immunofluorescence directe.

Il est important d'avoir toujours présent à l'esprit certains problèmes pouvant survenir dans le cadre du dépistage ou du traitement présomptif d'une IST/IAR. Les femmes venues en consultation pour d'autres raisons ne sont pas forcément préparées à entendre qu'elles ont peut-être une infection, en particulier une infection sexuellement transmissible. Elles risquent d'être encore plus génées si on leur dit qu'elles doivent en informer leur partenaire sexuel. Il convient de gérer ces situations avec délicatesse afin d'éviter de perdre la confiance de la patiente et de nuire à la réputation du dispensaire de la communauté. Il ne faut pas non plus oublier qu'aucun test de dépistage n'est fiable à 100 %, loin de là pour certains d'entre eux. Il convient d'expliquer cela avec tact aux patients, et de reconnaître une possibilité d'erreur. Important par-dessus tout : les professionnels de la santé doivent éviter de parler de « maladie sexuellement transmissible » avant d'avoir la certitude qu'il s'agit bien de cela. Il est plus prudent – et souvent mieux accepté par les patients et leurs partenaires – d'expliquer que bon nombre de symptômes ne signent pas forcément une IST ; un traitement peut ensuite être offert, en le présentant comme une précaution pour éviter des complications, préserver du risque de stérilité et protéger la grossesse. Toutes ces questions, qui entrent dans le cadre du conseil, sont traitées au Chapitre 4. Les recommandations portant sur la notification au partenaire et sur le traitement à lui proposer sont énoncées au Chapitre 8.

SYPHILIS

La syphilis reste une cause majeure de mortalité et de morbidité périnatales dans de nombreuses régions du monde, bien que les moyens techniques de diagnostic et de traitement de cette infection chez la femme enceinte soient financièrement et matériellement largement accessibles. Parmi les femmes présentant une syphilis précoce, évolutive, il est estimé que deux tiers des grossesses se terminent par un avortement spontané, une mortinaissance, ou une infection néonatale.

DÉPISTAGE : INDICATIONS ET OPPORTUNITÉS

- Grossesse. Un dépistage de la syphilis sera effectué lors de la première consultation prénatale, **en tout début de grossesse si possible**. Un second dépistage peut être effectué au troisième trimestre si les ressources le permettent, de façon à détecter une éventuelle infection contractée en cours de grossesse.
- Les femmes qui ne se rendent pas aux consultations prénatales seront testées au moment de l'accouchement. Ce test ne constitue certes pas un moyen de prévention de la syphilis congénitale, mais il permet le diagnostic et le traitement précoces de la maladie chez le nouveau-né.
- Le test de la syphilis sera également pratiqué chez les femmes présentant des antécédents d'avortement spontané (fausse couche) ou dont l'enfant est mort à la naissance ; dans de nombreuses régions, la mise en évidence et le traitement d'une syphilis suppriment une cause majeure d'issue défavorable de la grossesse.

- Les hommes et les femmes souffrant de syndromes d'IST autres que l'ulcération génitale doivent faire un test de dépistage de la syphilis. Le dépistage n'est pas nécessaire dans le cas des patients présentant des ulcérations génitales, lesquels doivent bénéficier du traitement syndromique de la syphilis et du chancre mou sans test préalable.
- Les professionnelles du sexe doivent faire des tests de dépistage tous les 6 mois.

En raison des graves complications de la grossesse liées à la syphilis, la première des priorités est de garantir le dépistage prénatal universel.

OUTILS DE DÉPISTAGE DISPONIBLES

- Les tests non tréponémiques, tels que les tests RPR «rapid plasm reagin» et VDRL «venereal disease research laboratory» sont les tests les plus utilisés pour le dépistage de la syphilis. Le RPR peut être réalisé sans microscope (voir Annexe 3). Ces tests permettent de détecter presque tous les cas de syphilis précoce, mais les résultats faussement positifs sont possibles (Tableau 3.2).
- Les tests tréponémiques (par ex : l'essai d'hémagglutination passive pour le sérodiagnostic de la syphilis – TPHA), s'ils sont disponibles, peuvent être utilisés pour confirmer les résultats des tests non tréponémiques (voir Annexe 3).
- Les titres quantitatifs (RPR) peuvent aider à évaluer la réponse thérapeutique (voir Annexe 3).

Note : là où les tests complémentaires ne sont pas disponibles, il convient de traiter tous les patients ayant un RPR ou un VDRL positif.

RECOMMANDATIONS

Les tests de la syphilis doivent être réalisés sur le lieu du prélèvement, si possible, pour maximiser le nombre de patients recevant leurs résultats et leur traitement immédiatement. Dans l'idéal :

- Les patients repartent du centre de santé en possession des résultats de leur test.
- Les patients ayant un résultat positif sont traités immédiatement. (Voir Tableau de traitement 5 dans le chapitre 8).
- Tous les patients sont interrogés sur d'éventuels antécédents d'allergie à la pénicilline (voir Tableau de traitement 5 dans le chapitre 8, Traitements alternatifs).
- Les partenaires sexuels doivent aussi être traités.

Le dépistage de la syphilis en cours de grossesse s'effectue au moyen d'un test sanguin lors de la première consultation prénatale (le test est répété, si possible, au troisième trimestre). Le conseil au partenaire doit mettre l'accent sur l'importance du traitement et de la prévention des IST/IAR pour le bon déroulement et l'issue

heureuse de la grossesse. Il a été démontré que le dépistage et le traitement de la syphilis sur place et le même jour, permet d'augmenter considérablement le nombre de femmes réellement traitées et d'abaisser l'incidence de la syphilis congénitale (Encadré 3.1).

Encadré 3.1. Avantage d'un meilleur dépistage prénatal de la syphilis – quelques chiffres

En Zambie, malgré des taux élevés de syphilis congénitale et malgré un taux de fréquentation des services prénatals par les femmes supérieur à 90 %, moins de 30 % d'entre elles faisaient un test de la syphilis. Parmi celles qui étaient testées et ayant une sérologie syphilitique positive, moins d'un tiers étaient traitées. Des problèmes similaires ont été recensés à Nairobi, au Kenya. Les services dans ces deux endroits ont ensuite été améliorés, de façon à offrir le dépistage et le traitement le même jour. De ce fait, la proportion de femmes positives pour la syphilis qui ont bénéficié d'un traitement est passée à 92 % à Nairobi, avec 50 % de partenaires également traités. En Zambie, le programme de prévention a fait baisser des deux tiers le taux de complications de la syphilis pendant la grossesse.

Si le dépistage de la syphilis est déjà instauré dans les dispensaires prénatals, il convient de procéder à des évaluations régulières, afin d'estimer la proportion de femmes qui sont testées, qui bénéficient d'un diagnostic précis et d'un traitement efficace. Deux indicateurs peuvent être facilement calculés chaque mois à partir des dossiers des dispensaires :

$$\text{Couverture du dépistage} = \frac{\text{Nombre de femmes enceintes testées}}{\text{Nombre de femmes vues en première consultation prénatale}}$$

$$\text{Couverture thérapeutique} = \frac{\text{Nombre de femmes ayant un résultat positif au test RPR, qui ont été traitées}}{\text{Nombre de RPR positifs}}$$

Si le dépistage de la syphilis ne marche pas bien, il faut réagir en conséquence. L'encadré 3.2 compare ce qui est censé se passer en matière de dépistage de la syphilis, avec ce qui semble se produire réellement, et propose quelques solutions possibles.

Encadré 3.2 Améliorer le dépistage prénatal de la syphilis

Problème	Ce qui est censé se produire, et qui ne se produit pas	Solutions possibles
Non repérage des femmes ayant besoin de ce service	Les femmes enceintes *sont censées* se rendre au service prénatal en tout début de grossesse, mais elles ne s'y rendent pas – en raison d'un manque de confiance dans le système de santé et d'une promotion insuffisante de l'offre de soins.	Encourager la venue précoce au service prénatal. Œuvrer pour rendre les services plus acceptables et plus accessibles. Informer les femmes dans leur communauté et leur donner les moyens de demander à bénéficier des services et du dépistage.
Intervention non disponible	Le personnel soignant *est censé* réaliser des prises de sang et envoyer les échantillons à un laboratoire, mais il ne le fait pas – en raison d'un mauvais encadrement, d'une mauvaise organisation du transport des prélèvements sanguins, d'un manque d'aiguilles, ou d'autres obstacles.	Renforcer la formation, la supervision et la motivation du personnel soignant. Améliorer la gestion des stocks et renouveler en temps voulu les commandes de fournitures nécessaires.
Résultats des tests non disponibles	Les techniciens de laboratoire *sont censés* pratiquer les tests et en transmettre les résultats au personnel soignant, mais ils ne le font pas – parce qu'ils considèrent qu'il ne leur appartient pas de le faire, vu leur charge de travail déjà conséquente.	Améliorer la coordination avec le laboratoire. Développer la capacité de dépistage sur place.
Faible utilisation	Les femmes *sont censées* revenir pour le suivi prénatal et prendre connaissance à cette occasion des résultats de leur test, mais elles ne reviennent pas – en raison d'une mauvaise gestion et organisation des systèmes de tenue des dossiers dans les services de santé.	Améliorer les systèmes de soins prénatals. Inviter les femmes enceintes à consulter précocement et aller au rendez-vous suivant.
Faible implication de la part du personnel	Les membres du personnel soignant *sont censés* offrir le traitement de la syphilis ainsi que l'éducation en matière de prévention et de notification au partenaire, mais ils ne le font pas – parce que l'approvisionnement en médicaments est irrégulier, que ces personnels considèrent la sexualité comme un sujet tabou et qu'ils ont peu de temps à consacrer à chaque client(e) en raison d'une charge de travail déjà lourde.	Offrir aux prestataires une formation en matière de sexualité et d'IST/IAR. Augmenter les effectifs des services de santé pour assumer l'intégralité de la charge de travail. Améliorer la gestion des stocks et renouveler en temps voulu les commandes de fournitures nécessaires.

Adapté de : Dallabetta G, Laga M, Lamptey P. *Control of sexually transmitted diseases: a handbook for the design and management of programs*. Arlington,VA, Family Health International, 1996.

INFECTIONS VAGINALES

Les infections vaginales (**candidose, vaginose bactérienne et trichomonase**) sont très courantes chez les femmes en âge de procréer, sont presque toujours symptomatiques et entraînent rarement des complications.

Chez les femmes non enceintes, il n'est pas nécessaire de rechercher les cas asymptomatiques. Les femmes asymptomatiques ne doivent pas être traitées pour une candidose ou une vaginose bactérienne sur la seule base des résultats d'un examen microscopique.

Chez la femme enceinte, la vaginose bactérienne (VB) et la trichomonase peuvent entraîner des complications – rupture de la poche des eaux avant le début du travail et accouchement avant terme. Les femmes à risque d'infection de ce type devront donc faire un dépistage, qu'elles soient symptomatiques ou non.

INDICATIONS DU DÉPISTAGE

- Les femmes enceintes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'accouchement avant terme doivent donc faire un dépistage.

OUTILS DE DÉPISTAGE DISPONIBLES (Voir annexe 3)

Une vaginose bactérienne peut être détectée par l'examen au microscope d'un frottis vaginal coloré au Gram ou avec des examens simples réalisés sur place (voir Annexe 3).

Les trichomonas (protozoaires flagellés) sont mobiles et visibles à l'examen microscopique d'une préparation à l'état frais de sécrétions vaginales mélangées à une goutte de soluté physiologique.

APPROCHE RECOMMANDÉE

- La recherche d'une vaginose bactérienne et d'une trichomonase doit être effectuée chez les femmes enceintes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'accouchement avant terme. Celles qui ont un résultat positif aux tests seront traitées (après le premier trimestre de la grossesse) avec métronidazole, 500 mg, trois fois par jour pendant 7 jours, afin de réduire le risque d'issue défavorable de la grossesse.
- Les femmes présentant un écoulement vaginal symptomatique au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse doivent être traitées (sans dépistage préalable) comme ci-dessus, pour une vaginose bactérienne, une trichomonase, et une candidose (voir l'Algorithme 9 au Chapitre 9).
- Les femmes non enceintes présentant un écoulement vaginal anormal seront prises en charge selon l'Algorithme 1 présenté au Chapitre 8.

INFECTIONS CERVICALES

Les infections cervicales sont beaucoup moins courantes que les infections vaginales, en particulier chez les femmes qui utilisent les services de santé reproductive, et elles sont habituellement asymptomatiques. Le col utérin est le site le plus fréquent de l'infection à **gonocoque** et à **chlamydia**. Même si une femme est asymptomatique, il est possible de détecter des signes d'infection par un examen minutieux au spéculum (Tableau 3.3). L'examen au spéculum peut également révéler des signes d'autres infections, et notamment des ulcérations et condylomes.

DEPISTAGE : INDICATIONS ET OCCASIONS

Un dépistage peut être effectué :

- chaque fois que l'on réalise un examen au spéculum pour d'autres motifs ;
- pendant la grossesse.

Les personnes fréquemment exposées au risque d'IST, comme les professionnel(le)s du sexe, doivent faire régulièrement un dépistage.

OUTILS DE DÉPISTAGE DISPONIBLES

- Bon nombre de cas d'infection cervicale (mais pas tous) peuvent être détectés grâce à un examen soigneux au spéculum (Tableau 3.3).
- La recherche de gonocoques par culture donne un résultat précis, n'est ni onéreuse ni difficile à mettre en œuvre dans les laboratoires (Tableau 3.2).
- Les tests de laboratoire pour le dépistage d'une infection à chlamydia sont onéreux et passent à côté de nombreux cas (Tableau 3.2). Le test PCR (amplification génique) est très précis mais très onéreux.

APPROCHE RECOMMANDÉE

- Pratiquer un examen soigneux au spéculum, à la recherche de signes d'infection cervicale (Tableau 3.3). La marche à suivre pour un examen au spéculum est décrite à l'Annexe 1. La présence de condylomes et de certaines lésions ulcérées internes asymptomatiques peut être décelée à l'examen au spéculum.
- Effectuer un prélèvement au niveau de l'endocol au moyen d'un écouvillon. Observer ensuite la couleur de l'écouvillon sur fond de papier blanc : une couleur jaune évoque une infection cervicale (test de l'écouvillon positif). Donner à la femme un traitement contre la gonococcie et l'infection à à chlamydia.

- En fonction des ressources de laboratoire, les prélèvements endocervicaux peuvent également être :
  - mis en culture pour une recherche de gonocoques (Tableau 3.2)
  - utilisés pour une recherche de chlamydias (Tableau 3.2).

Tableau 3.3. Critères cliniques relatifs à l'infection cervicale

Méthode de dépistage	Signes	Prise en charge
Examen au spéculum Permet de détecter certains cas d'infection cervicale.	Écoulement de muco-pus (écoulement opaque, jaunâtre, provenant de l'endocol). Col friable (saigne facilement) au contact avec un écouvillon. Test de l'écouvillon positif (l'écouvillon introduit dans le canal cervical a pris une couleur jaune).	En présence de l'un ou l'autre de ces signes, la patiente doit être traitée à la fois pour une gonococcie et pour une infection à chlamydia. Note : au moins la moitié des femmes ayant une cervicite ne présentent aucun de ces signes, et certaines femmes présentant ces signes n'ont ni gonococcie ni infection à chlamydias.

Le dépistage est l'un des rares moyens de détection de l'infection cervicale, et on ne saurait le limiter aux femmes ayant un écoulement vaginal. L'infection cervicale est en général asymptomatique et les femmes n'ayant pas d'écoulement vaginal sont aussi susceptibles d'être porteuses d'une gonococcie ou d'une infection à chlamydia que celles qui en ont un. Malgré l'absence de symptômes, les conséquences peuvent être graves si l'infection atteint les voies génitales hautes.

MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE

Les infections génitales hautes ainsi que la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) entraînent des complications graves et potentiellement mortelles (stérilité, grossesse ectopique) ; pourtant, elles évoluent souvent silencieusement, sans donner de symptômes ou très peu. Les femmes ressentant des douleurs à la palpation du bas abdomen doivent être traitées pour une MIP.

INDICATIONS DU DÉPISTAGE

Un dépistage doit être effectué :

- chaque fois que l'on réalise un examen pelvien bimanuel ou au spéculum, ou lorsqu'une femme se plaint de douleurs abdominales basses, de douleurs du bas du dos, de petites pertes de sang (« spotting ») entre les règles, ou de douleurs pendant les rapports sexuels ;

- avant tout acte transcervical.

MÉTHODES DE DÉPISTAGE DISPONIBLES

- L'examen abdominal et l'examen pelvien bimanuel constituent les seules méthodes de détection d'une MIP passée inaperçue.

MISE EN ŒUVRE DU DÉPISTAGE

Les techniques d'examen pelvien bimanuel sont décrites à l'Annexe 1. Les signes d'infection génitale haute sont les suivants : douleurs à la palpation du bas abdomen, douleur à la mobilisation du col, douleurs utérines à la palpation, douleur annexielle à la palpation. Toute femme présentant ces signes doit être prise en charge sans délai, selon l'algorithme relatif à la douleur abdominale basse (Algorithme 2 Chapitre 8).

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN

Le cancer du col utérin est une complication reconnue d'IST, que l'on impute à certaines souches spécifiques du virus du papillome humain (VPH). Le dépistage et le traitement au stade précoce (dysplasie cervicale) permettent de réduire la morbidité et la mortalité liées au cancer du col utérin.

INDICATIONS DU DÉPISTAGE

Elles sont fonction des ressources. Là où les services de cytologie sont bien implantés, toutes les femmes de plus de 35 ans doivent bénéficier d'un dépistage tous les cinq à dix ans. Là où les services de cytologie sont limités, l'objectif sera d'offrir le dépistage à toutes les femmes autour de la quarantaine.

OUTIL DE DÉPISTAGE DISPONIBLE

La coloration de Papanicolaou sur un frottis (test de Papanicolaou) est la méthode actuellement recommandée. D'autres techniques, telles que l'inspection visuelle du col utérin sont en cours d'évaluation et constituent peut-être des méthodes faisables de dépistage fiables. Le dépistage du cancer du col utérin offre également une occasion de rechercher des signes d'autres infections cervicales.

MISE EN ŒUVRE DU DÉPISTAGE

Le dépistage du cancer du col fait obligatoirement appel à un personnel capable de pratiquer un examen au spéculum et formé aux techniques de réalisation d'un frottis ; il nécessite également l'existence de services de cytologie pour la lecture des frottis. Les femmes ayant un frottis positif seront orientées vers un centre spécialisé en vue d'un diagnostic de confirmation et de la mise en route d'un traitement éventuel.

CONSEIL ET DÉPISTAGE VIH

Le dépistage de l'infection à VIH comporte plusieurs avantages potentiels, notamment celui de servir l'objectif de prévention de cette infection et de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention de la transmission mère-enfant (voir Chapitre 7). Le test VIH doit toujours être volontaire, réalisé par du personnel formé et dans le respect de l'intimité de la vie privée et de la confidentialité, et assorti du conseil avant et après le test.

INDICATIONS DU DÉPISTAGE

Dans la plupart des communautés, les services de conseil et de test VIH volontaires doivent :

- être proposés dans le cadre des soins prénatals habituels ou reliés à ces services ;
- être offerts à toute personne souhaitant connaître son statut sérologique *vis-à-vis* du VIH (y compris les partenaires des femmes enceintes).

OUTILS DE DÉPISTAGE DISPONIBLES

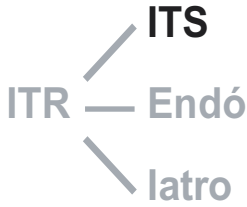
Il existe plusieurs types de tests VIH. L'OMS recommande un test de confirmation, au moyen d'un test différant du premier, avant d'annoncer au client un résultat positif.

MISE EN ŒUVRE DU DÉPISTAGE

Les utilisateurs(trices) des services de santé reproductive bénéficieront sur place du conseil et du test VIH, sinon, ils/elles seront orientées vers un centre spécialisé. Le conseil et le test VIH englobent :

- le conseil avant le test ;
- le test VIH, avec un test de confirmation ;
- le conseil après le test, et l'orientation-recours s'il y a lieu.

Ce doit être en toute liberté que le patient consent à recourir aux services de conseil et de test VIH. Un test VIH ne doit jamais être pratiqué à la demande d'une tierce personne, et les résultats ne seront transmis qu'au client en personne.



CHAPITRE 4.
ÉDUCATION ET CONSEIL EN MATIÈRE D'IST/IAR

Points essentiels

- L'éducation pour la santé aux fins de la prévention des IST/IAR doit couvrir les aspects suivants :
  - **utilisation correcte et systématique du préservatif**
  - **réduction du nombre de partenaires sexuels** ou début plus tardif de l'activité sexuelle
  - **reconnaissance des symptômes** et utilisation précoce des services.
- Inculquer les éléments essentiels **d'éducation pour la santé** en matière d'IST/IAR demande un peu de temps. Tous les patients porteurs d'une IST/IAR doivent bénéficier de l'information sur l'observance du traitement et sur la prévention de la réinfection.
- Les partenaires des patient(e)s traité(e)s pour des infections à l'évidence transmises par voie sexuelle, doivent également être traités. Dans le cas d'une IAR non sexuellement transmissible, le **traitement du partenaire** ne s'impose pas, et il faut éviter de qualifier de « sexuellement transmissible » une infection qui ne l'est pas.
- En matière de **conseil**, l'un des maîtres mots est la souplesse. Il faut savoir adapter la séance de conseil aux besoins et à la situation du patient, et prendre en compte les **obstacles au changement** de comportement.
- Lors de la séance de conseil, on mettra l'accent sur l'importance de la prévention des IST/IAR pour :
  - **la préservation de la fécondité** ,
  - **le bon déroulement et l'issue heureuse de la grossesse**, et la prévention de l'infection congénitale, et
  - **la réduction du risque d'infection à VIH** ,
  - **tout en aidant les gens à trouver des moyens de vivre une vie sexuelle épanouissante et saine**.
- La question de la sexualité doit être abordée de façon claire et franche quand il s'agit de prévention des IST/IAR.

Le comportement de certaines personnes peut les exposer **au risque** d'IST, mais

ce comportement peut être difficile à changer car lié à des facteurs précis ou à des circonstances particulières – la fait d'être un homme ou une femme, facteurs culturels, pauvreté, migration et déstructuration de la famille – pouvant limiter les choix de vie et accroître la vulnérabilité. Pour une réelle réduction du risque et de la vulnérabilité**,** il peut s'avérer nécessaire de dispenser non seulement une information spécifique concernant la transmission des IST, mais également un appui, pour un changement de mode de vie. Les professionnels de la santé peuvent aider en assurant :

- l'**éducation pour la santé** lors des consultations aux services de santé ;
- le **conseil** afin d'aider les gens à changer de comportement ;
- l'**éducation communautaire**, afin de sensibiliser davantage au problème des IST/IAR et de contribuer au changement d'idées et d'attitudes que peuvent avoir des conséquences négatifs pour la santé sexuelle.

Il y a une grande différence entre éducation pour la santé et conseil. L'éducation pour la santé consiste dans la transmission de l'information essentielle concernant la prévention ou le traitement des IST/IAR et ne demande pas beaucoup de temps. En revanche, avec le conseil, il faut prendre le temps d'instaurer une confiance, d'évaluer la situation personnelle du client ou de la cliente, et d'adapter l'information pour la prévention à la situation individuelle de la personne. Un personnel soignant très occupé a rarement le temps de conseiller chaque personne porteuse d'une IST/IAR.

Les interventions sur place au centre de santé font l'objet de ce chapitre et sont présentées au Tableau 4.1. Le Chapitre 5 traite la question de l'éducation au niveau communautaire.

Tableau 4.1. Étapes du processus d'éducation et de conseil pour les patients

Éducation pour la santé			**Conseil**
Sensibiliser	Aux fins de la prévention	Dans le cadre de la prise en charge des IST/IAR	
Parler des IST/IAR et de leurs complications	Contribuer à l'usage correct et systématique du préservatif	Insister sur l'importance de l'observance du traitement	Aborder les risques et la vulnérabilité Examiner les obstacles à la prévention Discuter des solutions et inculquer un savoir-faire pour la pratique de la sexualité à moindre risque Définir un plan et assurer un suivi
Expliquer en quoi consistent les symptômes et comment les reconnaître	Inciter à réduire le nombre de partenaires	Préconiser l'usage du préservatif (y compris pendant le traitement afin d'éviter une réinfection	
Promouvoir le recours précoce aux services	Aider les jeunes à retarder le début de leur activité sexuelle	Faciliter l'orientation des partenaires pour qu'ils se fassent également traiter	

RESPECT DE LA VIE PRIVÉE ET DE LA CONFIDENTIALITÉ

Le respect de la vie privée et de la confidentialité est essentiel pour tous les aspects de la prise en charge d'un patient – anamnèse, examen, éducation et conseil. Ceci est particulièrement vrai dans le cas de pathologies potentiellement stigmatisantes comme les IST/IAR. Tout patient a droit à des services dispensés dans le respect de l'intimité et de la confidentialité, mais certains patients – adolescents, professionnel(le)s du sexe, réfugiés et autres personnes vivant ou travaillant dans des contextes d'illégalité ou d'exclusion – peuvent ressentir tout particulièrement le besoin de savoir que les services sont confidentiels. Souvent les adolescents, en particulier ceux qui ne sont pas mariés, n'utilisent pas les services parce qu'ils pensent que le personnel soignant va les juger ou les désapprouver, et révéler des informations aux parents ou aux aînés. Un patient rejettera en bloc une structure de santé – allant en chercher une autre parfois très loin pour préserver son anonymat – s'il a le sentiment que l'intimité de sa vie privée ou que la confidentialité ne sont pas respectées ou que les prestataires de services critiquent et jugent.

AMÉNAGER UN ESPACE DISCRET

Il est indispensable de prévoir un espace à l'abri des regards et de l'écoute pour garantir la confidentialité, même si cela s'avère souvent difficile, surtout dans des établissements très fréquentés. L'endroit où se déroulent les entretiens, les examens et le conseil doit être à l'écart des salles d'attente, de sorte que les gens qui attendent ne puissent ni voir ni entendre ce qui se passe entre le professionnel de la santé et le patient. Les formulaires et les dossiers doivent être rangés en lieu sûr, et le personnel doit éviter de parler des patients au sein ou en dehors de l'établissement. Les patients doivent tous être traités avec le même respect, qu'il y ait ou non présomption d'IST ou certitude à cet égard, et indépendamment de l'âge ou de l'état matrimonial. Lorsque les professionnels de la santé sont susceptibles de connaître la famille élargie ou les voisins du patient ou de la patiente, ils doivent le ou la rassurer encore davantage (ainsi que son partenaire à qui il sera peut-être demandé de venir se faire traiter aussi) par rapport au respect du secret médical.

COMPÉTENCES GÉNÉRALES POUR LES SÉANCES D'ÉDUCATION ET DE CONSEIL EN MATIÈRE D'IST/IAR

L'Encadré 4.1 énumère certaines compétences générales que les prestataires de soins doivent développer pour éduquer et conseiller les patients. Beaucoup d'entre elles valent également pour l'anamnèse et l'examen. L'éducation et le conseil commencent souvent en début de consultation, quand le professionnel de la santé pose des questions sur l'exposition au risque, les symptômes et les signes d'infection. Ne pas oublier que les adolescents en particulier n'avoueront peut-être pas qu'ils sont sexuellement actifs, et n'auront peut-être pas reconnu les symptômes d'une infection ou d'une grossesse, ou auront du mal à en parler. Les conseils de prévention donnés

à telle ou telle personne doivent tenir compte de ses besoins et de ses préoccupations propres, et être réalistes par rapport aux mesures qu'elle peut prendre pour réduire le risque de contracter une infection et de développer des complications.

Encadré 4.1. Compétences pour l'éducation et le conseil

- Saluez chaleureusement votre patient(e) en l'appelant par son nom, et présentez-vous.
- Assurez à votre patient(e) que l'intimité de sa vie privée et que la confidentialité seront respectées.
- Asseyez-vous suffisamment près de lui/d'elle de façon à être à l'aise pour vous entretenir avec lui/elle sans avoir à parler trop fort.
- Chercher le regard du/de la patient(e), et regardez-le/la bien pendant qu'il/elle parle.
- Utilisez un vocabulaire qu'il/elle comprend.
- Ecoutez le/la patient(e) et observez la façon dont elle se comporte (position, expression du visage, regard lointain, etc.). Essayez de comprendre ce qu'il/elle ressent, ce qu'il/elle vit et ce qu'il/elle pense.
- Soyez encourageant. Acquiescez, ou demandez : « dites-m'en davantage à ce sujet ».
- Utilisez le système des questions ouvertes.
- Donnez des informations pertinentes.
- Essayez de cerner les réelles préoccupations du/de la patient(e).
- Proposez diverses options.
- Respectez les choix du/de la patient(e).
- Vérifier toujours que le/la client(e) a bien compris ce qui a été dit, en lui demandant de répéter les informations les plus importantes.
- A ne pas faire :
  - entrer et sortir sans cesse ;
  - laisser d'autres personnes interrompre la séance ;
  - prendre continuellement des notes quand le/la patient(e) est en train de parler ;
  - faire des commentaires réprobateurs ou laisser apparaître des expressions négatives sur son visage.

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Tous les patients ont besoin d'informations concernant les IST/IAR, leurs modes de transmission et comment les éviter. Le personnel de santé doit arborer une attitude positive par rapport à la sexualité, et insister sur l'intérêt d'avoir une **vie sexuelle saine**, tout en préservant sa santé et sa faculté de procréer. L'Encadré 4.2 présente une liste d'informations essentielles à donner aux patients lors des séances d'éducation. En outre :

- Proposer à la cliente qui vient pour la **planification familiale** l'information concernant les IST/IAR - lui expliquer les modes de prévention et comment reconnaître les signes d'infection. Insister sur le fait que l'**usage systématique du préservatif** constitue le seul moyen d'éviter à la fois la grossesse et l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (double protection).

- Si la patiente est **enceinte**, elle a besoin de comprendre toute l'importance de la prévention des IST/IAR pendant la grossesse et tout l'intérêt du dépistage de la syphilis, du VIH et d'autres infections qui pourraient mettre en danger sa vie et sa grossesse.
- Les patientes qui viennent au dispensaire et qui ont des **symptômes d'IST/IAR** seront invitées à suivre le traitement recommandé, à parler des moyens de prévention à adopter et, s'il s'agit d'une infection sexuellement transmissible, à adresser leurs partenaires pour qu'ils se fassent traiter eux aussi (voir Chapitre 8).

On trouvera aux Chapitres 6 et 7 d'autres conseils portant spécifiquement sur l'intégration de l'éducation et du conseil préventifs aux consultations de planification familiale et prénatales.

Encadré 4.2 Liste de ce que les patient(e)s doivent savoir

Information concernant les IST/IAR

- Modes de transmission des IST d'une personne à l'autre (en précisant que d'autres IAR ne sont pas transmissibles)
- Conséquences des IST/IAR, notamment stérilité et grossesse inaboutie
- Liens entre IST et VIH, et comportement de nature à favoriser la propagation des deux

Prévention des IST

- Où se procurer des préservatifs
- Utiliser le préservatif correctement et systématiquement (en particulier avec les nouveaux partenaires)
- Limiter le nombre de partenaires
- Retarder le début de l'activité sexuelle (adolescents)
- Recourir à d'autres formes d'acte sexuel pour remplacer le rapport sexuel avec pénétration
- Négocier la pratique de la sexualité à moindre risque

Une sexualité saine

- Modifications biologiques et émotionnelles normales
- Avantages d'une vie sexuelle saine
- Quand et comment consulter en cas de problème

Symptômes d'IST/IAR

- Que rechercher et signification des symptômes
- Utilisation précoce des services du dispensaire

Traitement des IST/IAR

- Comment prendre les médicaments
- S'abstenir de rapports sexuels pendant le traitement ou utiliser le préservatif
- Importance de l'orientation du partenaire
- Signes appelant une autre consultation au dispensaire

On peut organiser des séances d'information en groupe, proposées aux patientes attendant leur tour pour passer en consultation individuelle. Un éducateur sanitaire ou d'autres membres du personnel peuvent être formés à la présentation de l'information en matière de santé sexuelle, et notamment la prévention des IST, en utilisant un tableau à feuilles mobiles ou des affiches à l'appui des messages. Certains dispensaires peuvent recourir aux moyens audiovisuels (cassettes audio ou video). Quelle que soit la méthode, il faut donner aux patientes la possibilité de commenter l'information et de poser des questions en privé lors de l'examen ou de la séance de conseil.

Ces présentations par groupe permettent aux patientes de cerner leurs propres préoccupations et de poser des questions spécifiques. L'éducation pour la santé doit se prolonger durant la consultation et l'examen. Par exemple, les techniques de négociation de l'usage du préservatif peuvent être étudiées avec la patiente si celle-ci se plaint d'avoir du mal à le faire accepter par son partenaire. Veiller à résumer les points importants à la fin de la consultation et à donner à la patiente la possibilité de poser des questions.

ÉDUCATION DES PATIENT(E)S EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ À MOINDRE RISQUE

Nous savons que certains comportements augmentent le risque de transmission d'IST. Par exemple, contact lors d'un rapport sexuel non protégé avec les liquides corporels présents dans le vagin, la bouche ou l'anus. Dans le contexte du commerce du sexe, il peut être difficile d'utiliser le préservatif ou d'autres méthodes de prévention.

La sexualité à moindre risque (Encadré 4.3) peut être plus agréable pour les deux partenaires, car elle est moins source d'inquiétude, de désagrément, et de maladies. Il faut insister sur le fait que le rapport sexuel à moindre risque est bel et bien un rapport sexuel – les couples peuvent parler ensemble de sexualité pour découvrir d'autres moyens de se donner mutuellement du plaisir.

Encadré 4.3. Qu'est-ce que la sexualité à moindre risque ?

On entend par sexualité à moindre risque tout acte sexuel permettant d'éviter la transmission des IST et du VIH d'une personne à une autre. La sexualité à moindre risque suppose que ni le sperme, ni les sécrétions vaginales ni le sang n'ont la possibilité de pénétrer dans l'organisme, via le vagin, l'anus ou toute plaie ouverte ou coupure.

Certaines pratiques à moindre risque

- Utilisez un préservatif à chaque rapport sexuel (en particulier avec de nouveaux partenaires).
- Réduisez le nombre de vos partenaires sexuels – des rapports avec un partenaire unique non infecté constituent la pratique la plus sûre.
- Essayez le massage, le frottement, la caresse, le baiser sans la langue, l'étreinte ou la masturbation, au lieu du rapport sexuel avec pénétration.
- Bannissez les pratiques sexuelles dangereuses, comme la pénétration « à sec ». susceptibles de léser la peau – l'intérieur du vagin doit être humide au moment de la pénétration.
- Si vous avez des rapports anaux, utilisez toujours un préservatif avec lubrifiant, car la muqueuse à cet endroit se déchire facilement.
- Évitez TOUT rapport avec pénétration et TOUT rapport bucco-génital si vous ou votre partenaire avez des lésions génitales ou un écoulement anormal.

ÉDUCATION DES PATIENTS À L'ISSUE D'UN TRAITEMENT ANTI-IST/IAR

Les patient(e)s traité(e)s pour une IST/IAR ont besoin d'informations complémentaires pour faire en sorte qu'elles ou qu'ils suivent leur traitement jusqu'au bout et évitent la réinfection. L'Encadré 4.4 résume l'information essentielle à transmettre aux patients qui sont traités pour une IST/IAR.

Encadré 4.4. Éducation des patient(e)s, dans le cadre de la prise en charge des IST/IAR

- Encourager les patients à s'adresser à leur médecin ou à leur dispensaire pour se faire soigner. Déconseiller l'auto-médication ou le recours à des médicaments provenant de sources non autorisées.
- Expliquer aux patients la nécessité de suivre le traitement jusqu'au bout. L'arrêt prématuré du traitement, à disparition des symptômes, est une cause fréquente d'échec thérapeutique. Déconseiller aux patients de partager leurs médicaments avec d'autres.
- Eviter de parler d'infection « sexuellement transmissible », quand le diagnostic est incertain. La plupart des IAR ne sont pas transmises par la voie sexuelle, et les malades (ainsi que leurs partenaires) doivent bien comprendre cela.
- Insister sur la nécessité de traiter également le partenaire, s'il y a lieu (voir Chapitre 8). Le traitement du partenaire est indiqué pour les femmes qui ont des ulcérations génitales, des signes de cervicite ou de MIP, mais la séance de conseil doit être gérée avec tact pour éviter les malentendus et un conflit potentiel entre les partenaires.
- Bien expliquer ce que peuvent faire les patients pour éviter la réinfection. Aborder la question de la sexualité à moindre risque et de l'usage du préservatif, ce qui peut nécessiter une séance de conseil plus approfondie.

CONSEIL

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour aider les femmes et les hommes à adopter des stratégies efficaces de prévention. Le conseil correspond à un processus plus approfondi que l'éducation pour la santé, et demande plus de temps. De ce fait, dans les centres de santé très fréquentés, il peut être pertinent de confier à une seule et même personne la responsabilité des séances de conseil auprès des patients. Cette personne peut assumer d'autres services, tels que le conseil et le test VIH volontaires. Une séance de conseil efficace doit traiter la question du risque et de la vulnérabilité (Encadré 4.5).

Encadré 4.5. Eléments d'une séance de conseil efficace

Essayer de comprendre comment la situation d'une personne peut accroître sa vulnérabilité et l'exposer davantage au risque. Comprendre qu'il peut y avoir dans la vie d'une personne des facteurs ambiants difficiles à changer (par exemple : l'alcoolisme, le commerce du sexe pour survivre) et qui rendent difficile la pratique de la sexualité sans risque.

Informer. Donner aux patients des renseignements clairs et précis sur les comportements à risque, les dangers liés aux IST, et les moyens précis de se protéger.

Elucider les obstacles. Qu'est-ce qui empêche une personne de changer de comportement ? S'agit-il de vues personnelles, d'un manque d'information, ou de contraintes sociales telles que la nécessité de plaire à un partenaire ? Peut-on changer quelque chose, et comment procéder ?

Aider les gens à trouver la motivation de réduire le risque qu'ils encourent. Le changement de comportement des gens est souvent lié au vécu personnel. Rencontrer quelqu'un qui a le VIH/SIDA, apprendre qu'un membre de la famille ou un(e) ami(e) est devenu(e) stérile à cause d'une IST/IAR, ou qu'un partenaire a une infection, sont autant d'expériences qui peuvent inciter quelqu'un à changer de comportement.

Définir des buts aux fins de la réduction du risque. Fixer des buts à court et à long terme que le patient considère comme réalistes.

Inculquer un savoir-faire réel. Transmettre un « savoir-négocier », montrer comment mettre en place un préservatif, et utiliser le système des jeux de rôle.

Proposer des choix. Les gens doivent avoir le sentiment qu'ils ont le choix et qu'ils peuvent exercer leur libre- arbitre. Proposer d'autres comportements moins risqués.

Anticiper les retombées négatives. Au moyen du jeu de rôles, montrer comment gérer une situation difficile (par exemple, si le mari se met en colère, ou refuse d'utiliser le préservatif).

Les messages doivent être adaptés au cas de chaque personne ou de chaque couple, si l'on veut qu'ils soient pertinents. Le prestataire de service de conseil doit **savoir faire preuve de souplesse** afin de proposer des conseils à valeur de bon compromis entre prévention fiable de la grossesse et prévention fiable des IST (double protection) pour chaque client.

- Eviter une grossesse peut constituer le principal souci des client(e)s jeunes, célibataires, qui n'ont peut-être pas conscience du risque d'IST (voir Encadré 4.6). L'éducation sur les risques d'IST peut les motiver davantage pour utiliser le préservatif en guise de **double protection**, ou pour retarder le début de leur activité sexuelle.

- Les femmes et les hommes dans les toutes premières années de leur vie reproductive – indépendamment du recours ou non à un moyen de contraception – se préoccupent souvent de leur aptitude future à concevoir des enfants. Souligner l'importance de la prévention des IST pour la **préservation de la vie familiale et de la fécondité** peut constituer un facteur efficace de motivation.
- Les femmes enceintes et leur partenaire qui tiennent à préserver l'issue heureuse de la grossesse peuvent se sentir particulièrement interpellés par la prévention des infections, afin de réduire le **risque d'infection congénitale**.
- Pour certaines personnes, la prévention de la grossesse n'est pas la question. Toutefois, la femme qui a eu une ligature des trompes, ou qui est ménopausée, ou qui est enceinte, peut quand même être à risque d'IST et avoir besoin de conseils en matière de prévention.

Encadré 4.6. Considérations spéciales concernant le conseil pour les jeunes

- Conseiller les jeunes peut prendre plus de temps.
- Les jeunes doivent avoir l'assurance que l'intimité de leur vie privée et la confidentialité seront respectées.
- Essayer de déterminer si la jeune personne a quelqu'un à qui parler de ses problèmes.
- Penser à l'éventualité de violences sexuelles ou de rapports sexuels sous la contrainte. Les rapports sexuels avec des partenaires plus âgés sont plus susceptibles d'avoir lieu sous la contrainte et peuvent comporter un risque plus élevé d'exposition au VIH ou aux IST.
- S'assurer que la jeune personne comprend en quoi consiste le développement sexuel normal, et comment se produit une grossesse.
- S'assurer que la jeune personne a bien compris qu'il est possible de dire « non » à un rapport sexuel.
- Aborder des sujets tels que le rapport entre la consommation d'alcool ou de stupéfiants et les comportements sexuels à risque.
- Il peut être utile de faire intervenir l'éducation par des pairs.
- Vérifier que l'adolescent(e) peut se payer les médicaments nécessaires pour traiter une IST, et pourra suivre le traitement jusqu'au bout. Les jeunes sont particulièrement à même d'arrêter ou d'interrompre le traitement s'ils ressentent des effets indésirables inattendus.
- Veiller à offrir un suivi à des heures pouvant convenir.

À PROPOS DU RISQUE ET DE LA VULNÉRABILITÉ

Rares sont les gens capables d'accepter purement et simplement qu'on leur dise ce qui est bon pour eux, et de changer leur mode de vie en conséquence. Les prestataires de soins doivent être conscients des situations et des comportements qui influent sur le risque d'IST et sur la vulnérabilité, et adopter une approche réaliste pour induire un changement de comportement. Le risque et la vulnérabilité sont liés au comportement mais également à d'autres facteurs – comme l'âge et le sexe, le lieu de résidence et le lieu de travail, et le contexte social, culturel et économique général – dont la personne concernée n'a pas la maîtrise. Par exemple, les travailleurs migrants qui sont séparés de leur famille pendant de longues périodes peuvent, pour adoucir leur solitude, être tentés d'avoir des rapports sexuels qui s'avèrent à risque ; souvent les gens démunis n'ont guère accès aux services de santé ; et certaines femmes ou certains hommes sont forcés de vendre ou de troquer des services sexuels pour avoir de quoi survivre ou faire vivre leur famille.

Une fois que l'on a compris ces facteurs, on peut adopter une approche de conseil réaliste eu égard aux circonstances qui, dans la vie de telle ou telle personne, sont difficilement modifiables. Connaître le degré d'exposition au risque peut également aider dans le choix des décisions relatives à la prise en charge d'une IST (Tableau 4.2).

Tableau 4.2. Comment le risque individuel peut influer sur les décisions en matière de santé reproductive ainsi que sur la prévention, la détection et la prise en charge des IST/IAR

	Haut risque	Faible risque
Choix du moyen de contraception (Chapitre 6)	Les femmes ayant de multiples partenaires doivent utiliser le préservatif soit seul, soit en complément d'un autre moyen de contraception.	Une double protection n'est pas forcément nécessaire dans le cas des couples monogames stables, fidèles.
Détection des IST	Le dépistage des IST s'applique en priorité aux personnes ayant de multiples partenaires ou autrement exposées au risque. Les femmes de plus de 35 ans doivent bénéficier en priorité du dépistage du cancer du col utérin, parce qu'elles sont davantage à risque.	Mis à part le dépistage de la syphilis pendant la grossesse, les patientes asymptomatiques sans risque évident n'ont pas besoin d'être soumises au dépistage des IST.
Prise en charge des IAR (Chapitre 8)	Une adolescente présentant un écoulement vaginal, dont le petit ami a lui aussi un écoulement, doit bénéficier d'un traitement additionnel pour une infection cervicale, et du conseil sur le traitement du partenaire et la prévention des IST.	Une femme présentant un écoulement vaginal, qui n'a qu'un seul partenaire sexuel et qui a une vie de famille stable, est probablement à faible risque d'IST ; elle doit être traitée pour une infection vaginale courante (voir Algorithme 1 au Chapitre 8).
Conseil (Chapitre 4)	Le conseil doit aborder la question du risque lié à des comportements bien précis.	Les femmes qui ne sont apparemment pas à risque n'ont pas besoin d'une séance de conseil trop longue (qu'elles n'apprécieraient peut-être pas).
Traitement du partenaire (Chapitre 8)	Les décisions concernant le traitement du partenaire doivent être prises au regard de la situation du couple. Si l'un des deux partenaires a eu d'autres partenaires sexuels, ou est souvent amené à voyager, il sera plus sûr de les traiter tous les deux pour une IST, même si les symptômes ne sont pas évidents.	De nombreuses IAR n'impliquent pas nécessairement traitement du partenaire, car elles ne se transmettent pas par la voie sexuelle. S'il y a un doute, aborder avec tact la question de la notification au partenaire, et laisser la patiente décider.

Malheureusement, il n'existe aucun moyen infaillible d'évaluer le risque d'une personne. Le Tableau 4.3 propose aux professionnels de la santé une méthode de prise en charge, qui fait appel à leurs compétences cliniques et à leur connaissance de la communauté, ainsi qu'à la propre appréciation des patient(e)s concernant leur exposition au risque. S'attaquer aux vrais problèmes peut contribuer à ce que les patient(e)s trouvent les solutions qui marcheront dans leur cas.

Tableau 4.3. Facteurs à prendre en compte pour l'appréciation du risque

Prévalence des IST au sein de la communauté ou du réseau social	La prévalence des IST est souvent plus élevée chez : ▪ les professionnel(le)s du sexe, leurs clients et les partenaires des un(e)s et des autres ; ▪ les personnes qui adoptent un comportement sexuel à risque pour de l'argent, des cadeaux ou des privilèges. Ces personnes ne se considéreront peut-être pas comme des professionnelles du sexe ou à risque ; ▪ les travailleurs migrants et autres personnes amenées à voyager pour raisons professionnelles et à vivre séparés de leur famille ; ▪ Les adolescents et les adultes jeunes.
Information recueillie auprès du patient	L'existence d'un risque accru peut être suggérée par un(e) patient(e) : ▪ qui a de multiples partenaires ▪ qui a depuis peu un nouveau partenaire sexuel ▪ dont le partenaire a des symptômes d'IST
Appréciation du professionnel de la santé	Le professionnel de la santé peut s'appuyer sur son jugement clinique et sur sa connaissance de la communauté, ainsi que sur les facteurs ci-dessus, pour évaluer le risque.
La patiente s'estime à risque	Parfois il est difficile de poser des questions intimes à propos du comportement à risque, ou les patientes peuvent rechigner à répondre à ce type de question. En pareil cas, il peut être utile de simplement demander à la patiente si elle s'estime à risque d'IST. Poser des questions sur le risque peut ouvrir la porte à d'autres questions et à la discussion ; ou une femme peut simplement reconnaître qu'elle est à risque tout en refusant d'entrer dans les détails.

CONTRIBUER AU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Quelle que soit leur situation, les patient(e)s ont besoin d'informations sur les IST/IAR, sur les comportements qui intensifient le risque, et sur la façon d'éviter ces comportements. Ils/elles ont également besoin de soutien et d'encouragements pour négocier l'adoption de la sexualité à moindre risque, notamment l'usage du préservatif.

Les professionnels de la santé peuvent utiliser leurs compétences en matière de conseil pour aider les femmes et les hommes à accepter d'adopter le comportement sexuel à moindre risque qui cadre avec leurs besoins. L'Encadré 4.7 donne quelques indications susceptibles d'aider les patient(e)s à négocier la pratique de la sexualité à moindre risque.

Encadré 4.7. Négocier pour une sexualité à moindre risque

Adopter une sexualité à moindre risque se négocie comme tout autre nécessité. Les techniques de négociation utilisées dans d'autres domaines avec succès peuvent s'avérer utiles. Pour commencer, il faut déterminer ce que l'on veut, et ce que l'on est prêt à donner en retour.

Axer sur la sécurité
La négociation pour une sexualité à moindre risque doit s'articuler autour de la sécurité, et non autour de notions de méfiance, de réprobation ou de pénalisation. Il est plus facile de s'entendre sur la sécurité, car les deux parties en profitent.

S'appuyer sur l'exemple d'autres gens
Le fait de savoir que d'autres pratiquent déjà la sexualité à moindre risque peut inciter à l'adopter aussi.

Demander de l'aide, si nécessaire
La présence d'une autre personne de confiance lors de la discussion avec le partenaire sur la sexualité à moindre risque peut être utile.

La négociation pour l'usage du préservatif est un exemple parmi d'autres. L'Encadré 4.8 suggère quelques réponses aux objections habituelles des partenaires quand il leur est demandé d'utiliser le préservatif.

Encadré 4.8. Apprendre aux femmes à négocier l'usage du préservatif

S'il dit :	Essayez de dire :
Je n'aurai pas de bonnes sensations…	Ce sera peut-être différent, mais tu auras quand même des bonnes sensations. Tiens, je vais te montrer.
	Tu pourras tenir encore plus longtemps, et alors ce sera du plaisir en plus pour nous deux !
Je n'ai aucune maladie !	Moi non plus, je crois. Mais imagine que nous en ayons une sans le savoir.
Tu utilises déjà une contraception !	J'aimerais quand même essayer le préservatif. L'un de nous peut avoir contracté une infection avant, sans le savoir.
Juste pour cette fois, sans préservatif …	Il suffit d'un rapport sans protection pour attraper une IST ou le VIH/SIDA. En plus, je ne suis pas prête pour une grossesse.
Le préservatif, c'est pour les prostituées. Pourquoi veux-tu l'utiliser ?	Le préservatif, c'est pour toute personne qui veut se protéger.
	PAS DE PRÉSERVATIF, PAS DE RAPPORT SEXUEL !

Faites tout votre possible pour que vous ayez tous les deux du plaisir pendant le rapport avec un préservatif. Ainsi, il vous sera plus facile de lui en faire adopter l'utilisation la prochaine fois.

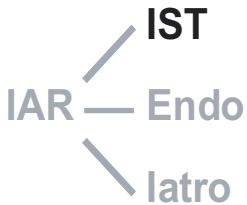
Les mots « risques » et « protection » lors d'une séance de conseil peuvent facilement avoir une résonance négative dans l'esprit des patients, en particulier chez les adolescents ou des personnes qui peuvent éprouver un sentiment de gêne ou de culpabilité par rapport à leur sexualité. Les professionnels de la santé doivent s'efforcer de conserver une attitude positive, et insister sur l'intérêt de profiter pleinement de sa vie sexuelle tout en préservant sa santé et sa fécondité. La section qui suit passe en revue les moyens de faire passer ces messages dans la communauté et dans les structures de santé proposant des services de santé reproductive.

SECTION 2 AMÉLIORER LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DES IST/IAR

La **Section 1** présente l'information de base sur les IST/IAR et leurs complications, décrit les modes de transmission et les solutions à envisager. Elle passe également en revue les connaissances et le savoir-faire que doivent posséder les professionnels de la santé, aux fins de la détection et de la prévention des IST/IAR.

La Section 2 contient des conseils pour la gestion du problème des IST/IAR dans le cadre des dispensaires proposant des services de santé reproductive. Elle examine également les moyens d'atteindre les hommes, les adolescents et d'autres personnes qui n'utilisent généralement pas les services de santé reproductive.

La **Section 3** traite de la prise en charge des IST/IAR - comment diagnostiquer et traiter les problèmes liés aux IST/IAR - , et elle contient des algorithmes ainsi que des tableaux présentant les traitements. Cette section est structurée par problème, ce qui permet d'accéder rapidement à l'information recherchée.



CHAPITRE 5. PROMOUVOIR LA PRÉVENTION DES IST/IAR ET L'UTILISATION DES SERVICES

Points essentiels

- Une stratégie de santé publique en matière de lutte contre les IST/IAR englobe l'**élimination des obstacles entravant l'utilisation des services, une action de sensibilisation au sein de la communauté, la promotion des services, et le travail de proximité** auprès des gens qui n'utilisent généralement pas les services de santé reproductive.
- Les services anti-IST/IAR doivent être **accessibles et acceptables**, de sorte que les gens n'hésitent pas à les utiliser si besoin est.
- La communauté doit être informée sur les IST/IAR et leurs complications, et il convient de faire connaître les avantages liés au recours précoce aux services.
- Il est indispensable d'insister sur le rôle d'une IST/IAR non traitée dans la stérilité, les complications de la grossesse et l'infection à VIH, afin d'**inciter à utiliser les services de prévention et de soins**.
- **Les hommes** doivent être encouragés à participer à la prévention des IST/IAR. Il peut s'avérer nécessaire de mettre en place des services ou des centres spéciaux où les hommes peuvent être orientés pour gérer les problèmes liés à leurs IST/IAR.
- Les services doivent atteindre **les jeunes** qui sont souvent très exposés aux IST/IAR et à leurs complications, et qui pourtant hésitent souvent à se rendre dans les dispensaires.
- Il est capital, pour freiner la propagation des IST, de trouver les moyens d'atteindre les groupes à haut risque d'infection – tels que les **professionnel(le)s du sexe et leurs clients**.

Comme précisé au Chapitre 1, les communautés ayant un bon accès à des services de prévention et de traitement efficaces enregistrent des taux d'IST/IAR et de complications associées aux IST/IAR moins élevés que les communautés où les services sont médiocres, déstructurés, ou non utilisés par les personnes à risque d'infection. Le présent Chapitre examine ce qu'il est possible de faire pour atteindre davantage de personnes ayant besoin de services anti-IST/IAR, et pour les convaincre de se rendre au dispensaire. Il faut notamment :

- éliminer les obstacles entravant l'utilisation des services ;
- sensibiliser au problème des IST/IAR et inciter à utiliser les services ;
- aller au-devant de ceux qui n'utilisent généralement pas les services de santé reproductive.

ÉLIMINER LES OBSTACLES ENTRAVANT L'UTILISATION DES SERVICES

La première chose à faire pour accroître l'utilisation des services est d'éliminer les obstacles dissuasifs. Parler avec les patients et avec les membres de la communauté permet souvent d'identifier ces obstacles. Les gens évitent peut-être les services de santé, en raison d'obstacles à leur **accessibilité**, tels que :

- Les lois, les politiques et les réglementations – prévoient-elles des restrictions concernant l'utilisation des services par les jeunes et par les femmes, ou exigent-elles la permission des parents ou du mari ?
- L'emplacement – les gens peuvent-ils atteindre facilement le dispensaire ? Les dispensaires ambulatoires/mobiles peuvent étendre la portée des services cliniques.
- Les horaires – les heures d'ouverture du dispensaire peuvent-elles convenir aux gens qui travaillent, aux étudiants, et autres ? Des permanences spéciales le soir ou pendant le week-end peuvent constituer une solution pour les personnes qui ne peuvent pas venir consulter aux heures habituelles.
- Le coût – les gens ont-ils les moyens de payer les honoraires du dispensaire et les frais supplémentaires de tests de laboratoire et de médicaments ? Les frais sont dissuasifs pour les gens, et au bout du compte, c'est la communauté qui paie le prix fort en conservant des taux élevés d'IST/IAR et de complications liées aux IST/IAR.

En outre, il peut y avoir des obstacles à l'**acceptabilité** des services :

- La stigmatisation – les gens ont souvent peur d'utiliser les services, en raison des attitudes critiques ou réprobatrices du personnel. La conduite irrespectueuse du personnel soignant peut dissuader bon nombre d'adolescents d'utiliser les services de santé. Les services de santé reproductive sont souvent conçus à

l'intention des femmes exclusivement, ou du moins sont-ils perçus comme tel, ce qui dissuade les hommes de les utiliser.

- Le non respect de l'intimité de la vie privée – les jeunes en particulier craignent que les informations concernant leur santé ou leur comportement sexuel ne soient divulguées. Des mesures doivent être prises pour préserver l'intimité de la vie privée lors des visites au dispensaire, ainsi que la confidentialité de l'information (voir Chapitre 4).
- La mauvaise gestion de la structure de santé – les gens ont-ils confiance dans le dispensaire et dans son personnel, et ont-ils le sentiment que la qualité des services est bonne ? En améliorant les services, on instaure la confiance.
- Le manque de matériel et de médicaments – les gens peuvent-ils avoir sur place les tests et le traitement dont ils ont besoin ? Si tel n'est pas le cas, ils décideront peut-être d'aller directement dans une pharmacie pour économiser du temps et de l'argent.
- Des prestataires de soins incompétents et irrespectueux – les gens se sentent-ils bien accueillis par le personnel du dispensaire ? Ont-ils confiance dans les prestataires de soins ?

Une fois ces questions réglées, il sera plus facile de promouvoir l'utilisation des services de prévention et de prise en charge des IST/IAR.

SENSIBILISER AU PROBLÈME DES IST/IAR ET INCITER A UTILISER LES SERVICES

Même après la levée des obstacles en rapport avec l'accessibilité et l'acceptabilité qui entravent la fréquentation des dispensaires, certaines personnes n'utiliseront pas les services, faute de se savoir malades. Les efforts de prévention, de même que la promotion des services de dispensaire aux fins de la détection et du traitement des IST/IAR, doivent donc être axés sur les gens de la communauté.

Le personnel soignant doivent préconiser le recours précoce aux services, à l'intention des gens ayant des symptômes d'IST/IAR ou des interrogations à ce sujet. Cette action de promotion consiste à :

- sensibiliser au problème des IST/IAR et à leurs complications ;
- expliquer aux gens en quoi consistent les symptômes d'IST/IAR, et l'importance du recours précoce aux services de soins ;
- promouvoir les services de dépistage, comme le dépistage de la syphilis en début de grossesse ;
- promouvoir les services auprès des jeunes ou d'autres groupes vulnérables qui peuvent être embarrassés à l'idée d'utiliser les services de dispensaire.

Les messages doivent insister sur l'intérêt de la prévention et du traitement précoce par rapport au traitement tardif (Encadré 5.1). Les professionnels de la santé peuvent

contribuer à une stratégie de santé publique visant à lutter contre les IST/IAR, et partant, à l'allégement de la charge de morbidité qu'elles représentent au sein de la communauté, en atteignant toutes les catégories de gens et en les convainquant de l'intérêt et de l'importance du recours précoce aux services anti-IST/IAR.

Encadré 5.1. Messages pour promouvoir l'utilisation des services de prévention et de traitement des IST/IAR

Les gens de la communauté doivent être conscients de l'existence des IST/IAR, et savoir comment les prévenir et les traiter	**Mieux vaut prévenir que guérir** – la stratégie la plus efficace consiste à prévenir l'infection, en commençant par réduire le risque d'exposition (retarder le moment de la première expérience sexuelle, réduire le nombre des partenaires et/ou utiliser systématiquement le préservatif). **Un traitement précoce est préférable à un traitement tardif** – quand une IST/IAR a été contractée, un diagnostic et un traitement précoces permettent de supprimer l'infection avant qu'elle n'entraîne des complications ou ne se propage à d'autres personnes. **Mieux vaut tard que jamais** – le diagnostic et le traitement des complications sont encore possibles même si les deux premiers niveaux de prévention ont été manqués. Toutefois, les interventions sont à ce stade souvent moins efficaces et plus onéreuses que si elles avaient été mises en œuvre plus tôt.

ALLER AU-DEVANT DE CEUX QUI N'UTILISENT GENÉRALÉMENT PAS LES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Il n'est pas de prévention ni de prise en charge pertinente des IST/IAR sans prise en compte des facteurs susceptibles d'influer sur le risque et la vulnérabilité, tels que l'âge, le sexe, la culture et la profession. Ceci vaut autant pour la lutte contre les IST au sein de la communauté que pour la prise en charge individuelle. Si l'on ignore des groupes clés de la population comme les hommes ou les adolescents, il sera difficile de maîtriser la propagation des IST au sein de la communauté. D'autres groupes, tels que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, ainsi que les travailleurs migrants et itinérants, peuvent être à haut risque d'IST, et pourtant ils ne sauront peut-être pas qu'ils peuvent s'adresser à des services de santé, ou ils seront gênés de les utiliser. Une action de proximité auprès de ces groupes contribue à la maîtrise de la propagation des IST.

IMPLIQUER LES HOMMES

Les hommes ont tendance à avoir plus de partenaires sexuel(le)s que les femmes et donc plus d'occasions de contracter ou de transmettre une IST. Les hommes porteurs d'une IST auront également plus certainement des symptômes, ce qui les décidera à s'adresser à un centre de santé à un médecin privé ou directement à une pharmacie ou à un vendeur ambulant, pour obtenir un traitement. L'accès à des services de prévention et de traitement de qualité pour les hommes représente donc un volet important de la lutte contre les IST.

Les centres de santé proposant des services de santé reproductive doivent, au minimum, offrir le traitement aux partenaires sexuels des femmes qui utilisent leurs services. Certains services de santé reproductive traditionnellement réservés aux femmes uniquement, s'ouvrent à présent de plus en plus aux hommes en offrant divers services de prévention et de traitement – faisant notamment participer les partenaires masculins à la prise de décision concernant la double protection (contre l'infection et la grossesse). Certains services de santé reproductive ont aménagé des créneaux horaires ou des locaux spéciaux à l'intention des hommes souhaitant consulter pour bénéficier de conseils et de soins.

Outre le fait d'ouvrir leurs services aux hommes, les services de santé reproductive doivent contribuer à l'amélioration des prestations des médecins privés ou des pharmacies à qui les hommes s'adressent pour obtenir un traitement, et créer des mécanismes de nature à faciliter l'orientation, l'offre du traitement aux partenaires et autres prestations (voir Encadré 5.2).

La création ou le financement de services pour les hommes sur le lieu de travail (médecine du travail), ou là où ces derniers se rassemblent (travail de proximité dans les bars et les lieux de divertissement) contribuent également à l'offre de soins anti-IST appropriés pour ces groupes. Il est important que les hommes, dans les lieux de convivialité où ils se retrouvent puissent se procurer facilement des préservatifs. Les dispensaires doivent, au titre d'une collaboration, faire en sorte que les pharmacies, les vendeurs de médicaments et les tradipraticiens locaux connaissent les principes directeurs en matière d'IST, ainsi que l'importance de la prise en charge des partenaires (voir Encadré 5.3).

Encadré 5.2. Atteindre les hommes

Les hommes seront peut-être plus réceptifs aux messages de prévention s'ils comprennent que les IST constituent une menace pour leur santé et leur fécondité, et mettent en péril la vie de leur épouse, de leur petite amie et de leurs enfants.

Les programmes de santé reproductive ou les interventions sur le lieu de travail pour les hommes auront deux objectifs :

- Insister pour que les hommes ayant une IST fassent venir leurs partenaires, ou les orienter vers une structure spécialisée, afin qu'elles bénéficient d'un traitement. Dans la mesure où les IST sont plus souvent symptomatiques chez l'homme que chez la femme, la prise en charge des partenaires est un moyen important pour détecter les femmes asymptomatiques ayant besoin d'un traitement.
- Transmettre aux hommes l'information concernant la prévention, en particulier l'usage du préservatif lors de rapports sexuels monnayés ou avec des partenaires occasionnel(le)s. Ils auront ainsi moins de risques de revenir à la maison porteurs d'une IST.

Encadré 5.3. L'automédication

Nombreuses sont les personnes qui se soignent par leurs propres moyens pour une IST, sans passer par un médecin ou un dispensaire. Les hommes et les jeunes sont tout particulièrement enclins à l'automédication, et achètent des antibiotiques directement en pharmacie, sans ordonnance. Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients prennent eux aussi souvent des antibiotiques ou d'autres traitements, croyant se protéger ainsi contre l'infection.

Il convient de déconseiller l'automédication à plusieurs titres. D'abord, des médicaments inefficaces sont souvent vendus par des personnes insuffisamment formées (comme les vendeur(se)s en pharmacie). Ensuite, pour rendre le traitement financièrement plus abordable, les traitements peuvent être vendues à des doses insuffisants. Il en résulte que l'infection n'est pas guérie (encore que les symptômes peuvent disparaître pendant un moment) et que les germes deviennent plus résistants aux antibiotiques courants.

Les prestataires doivent essayer de comprendre pourquoi les gens se soignent par leurs propres moyens. Ce peut être parce que les dispensaires locaux ne sont pas acceptables à plusieurs égards : le coût, des temps d'attente trop longs, ou l'impression d'un manque de discrétion. En améliorant les prestations des dispensaires et en faisant savoir ce qu'ils peuvent offrir, on peut restaurer la confiance et faire régresser la pratique de l'automédication.

LES JEUNES

En général, les taux d'IST sont plus élevés chez **les jeunes** que chez les adultes plus âgés. De nombreux facteurs sociaux, comportementaux et biologiques expliquent cet état de fait. Par exemple :

- Les jeunes ont tendance à avoir plus de partenaires et des liaisons de plus courte durée ; les IST ont dans ces conditions davantage de chances de se propager.
- Ils peuvent trouver difficile ou embarrassant de se procurer ou d'utiliser des préservatifs.
- Il peut leur être difficile de refuser des rapports sexuels dans certaines situations (au sein de la famille, en échange de produits tels que fournitures scolaires, nourriture ou vêtements).
- Ils ne sauront peut-être pas identifier les situations ou les partenaires sexuels à haut risque.
- Ils peuvent méconnaître les symptômes d'IST, et ne pas très bien savoir quand il est nécessaire de consulter.
- Ils peuvent être gênés à l'idée d'utiliser les services de planification familiale ou autres services de santé reproductive, craignant les réactions critiques et désapprobatrices du personnel à leur égard.
- Ils ne sauront peut-être pas où aller pour bénéficier de services respectueux de l'intimité de leur vie privée et de la confidentialité.
- Ils n'auront peut-être pas les moyens financiers nécessaires pour recourir aux services de santé.

Dans certaines sociétés, les adolescentes sont censées se marier très tôt et avoir eu peu d'expériences sexuelles – si ce n'est aucune – avant le mariage. Elles peuvent quand même être à risque d'infection, car leur mari peut avoir eu d'autres partenaires avant, ou avoir plus d'une partenaire. Les jeunes filles ayant un partenaire sexuel plus âgé sont encore plus exposées au risque de contracter certaines infections (en particulier des infections incurables comme le VIH, le HSV-2 et le VPH), et plus susceptibles de se soumettre à l'acte sexuel contre leur gré. Sur le plan biologique, chez bon nombre d'adolescentes – en particulier celles qui sont près de la puberté – le tissu recouvrant le col utérin est plus vulnérable aux infections que chez les femmes plus âgées.

Les dispensaires proposant des services de santé reproductive ont un rôle à jouer dans l'offre de services de prévention et de traitement de qualité aux jeunes, et doivent s'efforcer de rendre leurs services acceptables et accessibles. Un service « à l'écoute des jeunes » est un service respectueux de la vie privée et de la confidentialité, adapté à leurs besoins et à leurs préoccupations, et assuré par un personnel compétent, dans des locaux appropriés et faciles d'accès. Le service doit être accepté par la communauté locale et les jeunes doivent participer à la planification et l'évaluation du service.

L'Encadré 5.4 énonce certains aspects à prendre en compte dans l'optique d'une amélioration de l'accès des jeunes aux services de traitement et de prévention des IST/IAR, ainsi que certains messages importants à faire passer aux jeunes. Ces derniers ont besoin d'informations et d'un soutien pratiques, pour gérer certains aspects déterminants de leur vie (notamment l'activité sexuelle) ; il leur faut également avoir accès aux services et aux fournitures. L'éducation qui axe tout sur l'abstinence et la fidélité laisse les femmes et les filles dans l'ignorance des autres moyens de réduire le risque d'infection, et dans l'incapacité de négocier la pratique de la sexualité à moindre risque.

Rendre les services acceptables et faciles d'accès pour les adolescents, c'est offrir la prévention et les soins à un groupe au sein duquel la prise de risque est élevée, et dans le même temps contribuer à prévenir les infections et à garantir une vie sexuelle agréable et saine. Les obstacles qui empêchent les jeunes d'accéder à des services tels que l'offre de préservatifs et les moyens de contraception, sont souvent liés à l'attitude de refus ou au malaise des parents, des prestataires de services et de la communauté par rapport à la sexualité des jeunes. Ces obstacles doivent être abattus. L'action de proximité et l'éducation par les pairs peuvent aider à atteindre les jeunes confrontés à différentes situations, qui n'ont peut-être pas connaissance de l'existence des services, ou qui n'y ont pas facilement accès.

Dans certains pays, l'âge légal pour l'accès aux services médicaux est différent de l'âge légal pour les rapports sexuels. Les agents de santé doivent clarifier la situation juridique relative à la prise en charge des adolescents qui sont en-dessous de l'âge légal d'accès au traitement médical. Dans l'idéal, l'offre des traitements ou des services devrait être permise lorsque le bien-être de la jeune personne est menacé.

Dans un petit nombre de pays, l'offre de soins aux adolescents ou à des femmes non mariées est illégale. Les associations communautaires devraient plaider pour l'abolition de telles politiques.

Encadré 5.4. Atteindre les jeunes

La commodité des services est un impératif, de même que le respect de l'intimité de la vie privée et de la confidentialité. Pour la contraception, on encouragera à choisir les méthodes mécaniques (avec la contraception d'urgence comme solution de secours), et les interactions seront centrées sur le développement des techniques de communication, afin d'aider les jeunes à négocier l'adoption de la sexualité à moindre risque.

Dans le cas des jeunes, les comportements plus sûrs qu'il convient d'encourager consistent notamment à :

- retarder le début de l'activité sexuelle ;
- apprendre à utiliser le préservatif correctement et systématiquement ;
- adopter le système de la double protection, pour éviter à la fois une grossesse non prévue et les IST ;
- limiter le nombre des partenaires ;
- éviter les pratiques sexuelles à haut risque (en particulier le rapport vaginal ou anal non protégé) avec tout partenaire ;
- savoir reconnaître les symptômes d'IST et consulter rapidement pour bénéficier sans délai d'un traitement.

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ET AUTRES PERSONNES AYANT DE NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS

Certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres de contracter une IST parce qu'elles changent fréquemment de partenaires sexuels. Plus le nombre des partenaires sexuels est élevé, plus la probabilité de contracter une IST et de la transmettre à quelqu'un d'autre est forte. Les interventions qui atteignent avec succès les personnes à haut risque d'IST peuvent contribuer de façon déterminante à freiner la propagation des IST au sein de la communauté (voir Encadré 5.5).

Il est donc capital pour maîtriser la propagation des IST an sein de la communauté, de proposer à ces groupes des services de prévention et de traitement de qualité. Des activités de proximité et d'éducation par les pairs, ainsi que des services cliniques, ont été mis en place à l'intention des professionnel(le)s du sexe ; pour cela, il a été fait appel au système des dispensaires mobiles, et des créneaux horaires spéciaux ont été aménagés dans les dispensaires classiques. Ces services ont contribué à l'abaissement de la prévalence des IST dans la communauté (voir Encadré 5.5).

Encadré 5.5. Atteindre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients

Les obstacles dans la lutte contre les IST chez les professionnel(le)s du sexe sont notamment l'accès médiocre à des services de prévention et de soins efficaces, ainsi qu'une position sociale difficile qui limite la marge de manœvre de ces personnes pour insister sur l'utilisation du préservatif.

La commodité des services est un impératif, de même que le respect de la vie privée et de la confidentialité. Une action sur le terrain/de proximité doit être organisée pour aller au-devant des professionnel(le)s du sexe qui n'ont pas facilement accès aux services. L'éducation par les pairs est capitale pour aider les professionnel(le)s du sexe à exiger des conditions plus sûres. Les agents de santé doivent soutenir les initiatives dans le domaine social et juridique qui visent à éliminer le harcèlement, ainsi qu'à faciliter l'offre de services de prévention et de traitement au titre de la santé publique.

Les services anti-IST/IAR pour les professionnel(le)s du sexe doivent englober :

- l'approvisionnement en préservatifs (et en lubrifiant) et l'information sur l'usage correct et systématique du préservatif ;
- le dépistage des IST, ou le traitement en cas d'IST présumée ;
- le traitement anti-IST pour les personnes symptomatiques ou à risque ;
- la double protection, pour la prévention à la fois d'une grossesse non prévue et des IST/IAR.

LES AUTRES GROUPES

Les IST sont souvent plus fréquentes parmi certains groupes, comme les populations déplacées ou émigrées, les services au personnel en uniforme, les détenus, et les enfants des rues. Les efforts pour atteindre ces groupes et leur proposer des services efficaces de prévention et de traitement ne peuvent qu'être bénéfiques pour l'ensemble de la communauté.

Les femmes ménopausées utiliseront peut-être les services de santé reproductive – ou peut-être que non ; mais quoi qu'il en soit, elles peuvent encore être sexuellement actives et vulnérables à l'infection. En outre, les femmes non à risque de grossesse – notamment celles qui ont opté pour une solution contraceptive définitive – seront peut-être moins motivées pour utiliser le préservatif. Il peut également être plus difficile pour elles de négocier l'usage du préservatif avec leurs partenaires. Pour ces femmes, le conseil sur l'utilité du préservatif dans la prévention des IST demeure un volet important de toute consultation médicale. Le dépistage de certaines affections liées aux IST/IAR (comme le cancer du col utérin) est également important pour les femmes d'un certain âge.

Les enfants sont également vulnérables aux IST, et une infection peut être mal diagnostiquée, dans la mesure où les IST se manifestent souvent différemment avant la puberté. Il apparaît également de plus en plus clairement que les abus sexuels

perpétrés sur des enfants sont plus fréquents qu'on ne l'avait imaginé dans bon nombre de sociétés. Ces enfants doivent être orientés vers des services capables de les prendre en charge avec délicatesse, sensibilité et efficacité. Le Chapitre 10 donne des informations sur la prise en charge de la violence sexuelle.

CHAPITRE 6.
ÉVALUATION DE L'ÉVENTUALITÉ D'UNE IST/IAR LORS DES CONSULTATIONS DE ROUTINE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Points essentiels

- La prévention des IST/IAR, ainsi que leurs préoccupations à cet égard, seront abordées avec tous les clients de la planification familiale et à chaque consultation. Il ne faut manquer aucune occasion de promouvoir la **double protection** – contre la grossesse et contre les IST/IAR.
- Le **préservatif**, correctement et systématiquement utilisé, confère une double protection très efficace – il constitue la seule et unique méthode actuellement disponible.
- En ce qui concerne l'**utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU)**, les experts font une distinction entre les femmes « à risque accru d'IST » et celles « à très haut risque personnel d'exposition à l'infection à gonocoque et à chlamydia ». La première catégorie englobe, par exemple, les femmes vivant dans une région où les IST sont fréquentes ; la seconde englobe, par exemple, les jeunes femmes sexuellement actives qui déclarent avoir, ou avoir eu, un partenaire présentant un écoulement urétral. Selon les recommandations de l'OMS, il n'y a pas de raison de refuser à une femme la pose d'un DIU au simple motif qu'elle vit dans une région où les IST sont courantes, mais l'utilisation d'un DIU ne sera pas conseillée aux femmes à très haut risque personnel d'exposition à l'infection à gonocoque et à chlamydia.
- Les femmes à très haut risque personnel d'exposition à l'**infection à VIH** où qui sont déjà infectées par le VIH, ne doivent pas utiliser les spermicides. Elles ne doivent pas utiliser de diaphragme avec un spermicide, sauf si aucune autre méthode plus appropriée n'est disponible ou acceptable.
- On demandera aux femmes si elles ont des **symptômes** d'IST/IAR ; si oui, elles seront prises en charge selon l'approche syndromique.

- Demander si le **partenaire a des symptômes**. Les femmes ayant un partenaire symptomatique seront traitées, et des dispositions seront prises pour traiter également le partenaire.
- Procéder à un **dépistage des IST/IAR** chaque fois que cela est justifié – un test hématologique ainsi qu'un examen attentif au spéculum et un examen bimanuel permettent de détecter de nombreuses IST/IAR silencieuses.
- L'**évaluation du risque** peut aider à repérer certaines femmes ayant besoin d'une attention particulière eu égard aux **IST**. Mais une évaluation portant à croire qu'une femme n'a pas un profil « à risque », n'implique pas pour autant que cette dernière est à l'abri du risque.

La consultation pour la planification familiale offre une occasion de contribuer à la prévention non seulement des grossesses non désirées, mais également des infections (double protection). Elle offre également la possibilité de détecter quelques cas d'IST/IAR silencieuses, et de proposer un traitement à des femmes symptomatiques qui d'elles-mêmes ne s'adresseraient pas aux services de santé pour ce type de problème. Comment procéder au mieux ?

S'il convient d'aborder la question de la prévention des IST/IAR à chaque consultation de planification familiale, il faut bien savoir qu'en général la cliente ne vient pas principalement pour cela. La plupart des femmes viennent aux consultations de planification familiale pour obtenir une contraception, et les prestataires de soins doivent évoquer la question des IST/IAR tout en répondant aux besoins prioritaires de la cliente. Il y a quelques aspects à ne pas omettre d'évoquer avec les clientes des services de planification familiale :

- Lors d'une consultation de routine dans un dispensaire de planification familiale, il est difficile pour le prestataire d'évaluer le risque d'IST du client/de la cliente. En conséquence, le personnel soignant ne doit jamais perdre de vue que toute personne sexuellement active est potentiellement à risque de contracter une IST.
- Le **préservatif, s'il est utilisé correctement et systématiquement**, est très efficace pour éviter à la fois une grossesse et les IST, et il constitue la **seule et unique méthode** conférant une double **protection**.
- La femme porteuse d'une IST/IAR a droit à la plupart des méthodes de contraception ; toutefois, l'infection doit être traitée convenablement, et des mesures doivent être prises pour éviter d'en contracter une autre.

Pour toutes ces raisons, il est essentiel d'être très attentif aux besoins de la cliente en ce qui concerne à la fois la contraception et la protection contre les IST. Certains dispensaires utilisent des outils simples pour évaluer l'exposition d'une cliente au risque d'IST (par ex. les questionnaires d'auto-évaluation du risque, ou des questions posées tels que : « votre partenaire a-t-il un écoulement urétral ? » et « avez-vous plusieurs partenaires ? »). Ce type d'évaluation peut être utile, mais **une femme peut cependant être à risque, même si elle ne fait état d'aucun comportement**

à risque ou facteur de risque. De nombreuses femmes sont à risque d'IST, en raison non pas de leur propre comportement, mais de celui de leur partenaire. Elles ne sont souvent pas conscientes du risque qu'elles courent. Elles peuvent vivre une liaison stable, et la croire monogamique. Les prestataires de services doivent être sensibles à ces aspects lorsqu'ils évoquent le risque d'infection avec ces femmes qui ne voient peut-être pas la nécessité d'une double protection.

INTEGRER L'ÉVALUATION DE L'ÉVENTUALITÉ D'IST/IAR AUX CONSULTATIONS DE ROUTINE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

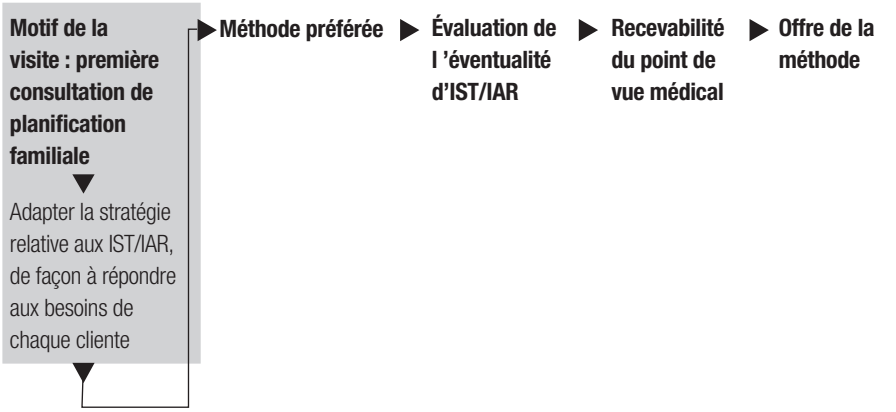
Les recommandations générales ci-après, relatives à l'intégration de la prévention des IST/IAR aux consultations de routine dans les dispensaires de planification familiale, sont fondées sur la méthode d'interaction client/prestataire de service exposée dans un document de l'OMS à paraître, intitulé *Instrument d'aide à la décision: pour les clients et les pretataires de services de planification familiale*. Les occasions de traiter la question des IST/IAR lors de la consultation initiale (choix de méthode), et lors des consultations dans le cadre du suivi systématique, sont différentes et sont examinées séparément.

CONSULTATION INITIALE

La contraception est en général ce qui motive la première consultation des femmes au dispensaire de planification familiale. Elles ont peut-être déjà une idée de la méthode contraceptive qu'elles aimeraient adopter. Mais elles peuvent avoir également d'autres sujets de préoccupation, parmi lesquels, peut-être, les IST/IAR. Préalablement au choix et à l'offre d'une méthode de contraception répondant aux besoins de la cliente, il y a souvent un certain nombre de points à examiner, dont la prévention des IST.

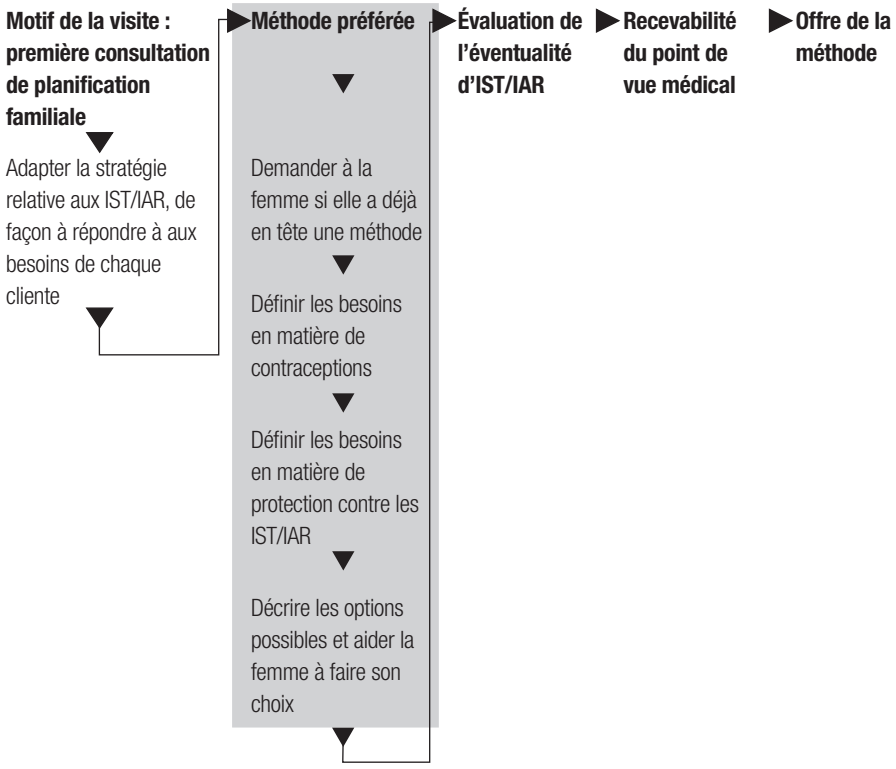
Quel est le bon moment pour aborder la question des IST/IAR lors de la première consultation de planification familiale ? Si on l'aborde trop tôt, la femme peut avoir l'impression qu'on ne se soucie pas de ses besoins en matière de planification familiale. Si on l'aborde trop tard, il faudra peut-être revenir sur la méthode de contraception choisie. Les pages suivantes présentent une approche pour traiter la question des IST/IAR lors de la première consultation de planification familiale. Partant du « motif de la visite », le professionnel de la santé suit avec sa cliente un processus en 4 étapes, aboutissant à une décision concernant la méthode qui convient. Les étapes consistent notamment à déterminer quelle est la méthode préférée de l'intéressée, à s'assurer que cette dernière réunit les critères médicaux autorisant à utiliser cette méthode, à évaluer le risque qui est le sien d'être porteuse d'une IST/IAR ou d'en contracter une, et à offrir la méthode qu'elle a choisie.

Étapes du processus décisionnel à la première consultation de planification familiale



Nous allons maintenant examiner chacune de ces étapes en accordant une attention particulière à l'évaluation du risque et à la prévention des IST/IAR.

Étape 1 : Déterminer la méthode préférée



Demander à la femme si elle a déjà en tête une méthode. La préférence pour une méthode est un facteur important pour l'utilisation suivie d'une méthode par la suite. Les femmes qui obtiennent leur méthode contraceptive préférée l'utilisent plus longtemps et en sont plus satisfaites.

Définir les besoins en matière de contraception. Tout en examinant la question de la prévention de la grossesse, les prestataires de service peuvent introduire l'idée de la double protection, en expliquant que certaines méthodes confèrent une meilleure protection que d'autres contre les IST.

Définir les besoins en matière de protection contre les IST. Inviter la cliente à faire part de ses préoccupations par rapport à ces infections. Les questions ouvertes, personnalisées (« dites-moi quelles sont vos interrogations concernant les infections qui se propagent par le biais des rapports sexuels ») valent mieux que les questions fermées (« avez-vous besoin d'informations sur les IST ? ») qu'il est facile d'écarter en répondant simplement « non ».

Décrire les options possibles et aider la femme à faire son choix. Le Tableau 6.1, plus loin dans ce chapitre, présente l'information sur l'efficacité des différents modes de contraception pour la prévention de la grossesse et des IST.

Les femmes et les hommes sexuellement actifs ont souvent besoin d'une double protection pour éviter à la fois la grossesse et les infections. La double protection peut être obtenue en utilisant une seule et unique méthode (le préservatif) ou deux méthodes en même temps dont le préservatif (méthode double). L'Encadré 6.1 présente quelques options possibles pour la double protection, et énonce quelques points à examiner avec les client(e)s.

Encadré 6.1. Options pour une double protection et points à examiner

Quelques questions à poser :

- *Quelle méthode vous convient le mieux ?* Aider les clientes à choisir la méthode qui peut le mieux marcher pour elles.
- *Pensez-vous être à même de maintenir ce choix ?* Qu'est-ce qui pourrait compliquer l'utilisation de cette méthode ? Qu'est-ce qui pourrait aider ?
- *Votre partenaire sera-t-il coopératif ?* La cliente peut-elle en parler à son partenaire ?
- *Quelle est votre solution de rechange ?* Par exemple, si la cliente choisit le préservatif, le couple peut-il faire abstinence s'il tombe en panne de préservatif ?
- *Pensez-vous que vous ou votre partenaire avez une infection ?* Par ex : le partenaire se plaint-il de douleurs ou de brûlures à la miction, a-t-il une plaie ouverte au niveau des organes génitaux externes, du pus qui s'écoule de son pénis ?
- *Pensez-vous que votre partenaire a d'autres partenaires sexuels ?*

OPTIONS FAISANT APPEL AUX MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE :

1. Le préservatif masculin ou le préservatif féminin

OU

2. Le préservatif ET une autre méthode de planification familiale

ET

3. N'importe quelle méthode de planification familiale AVEC un partenaire non infecté

AUTRES OPTIONS POSSIBLES
(ces exemples valent tout particulièrement pour les adolescents)

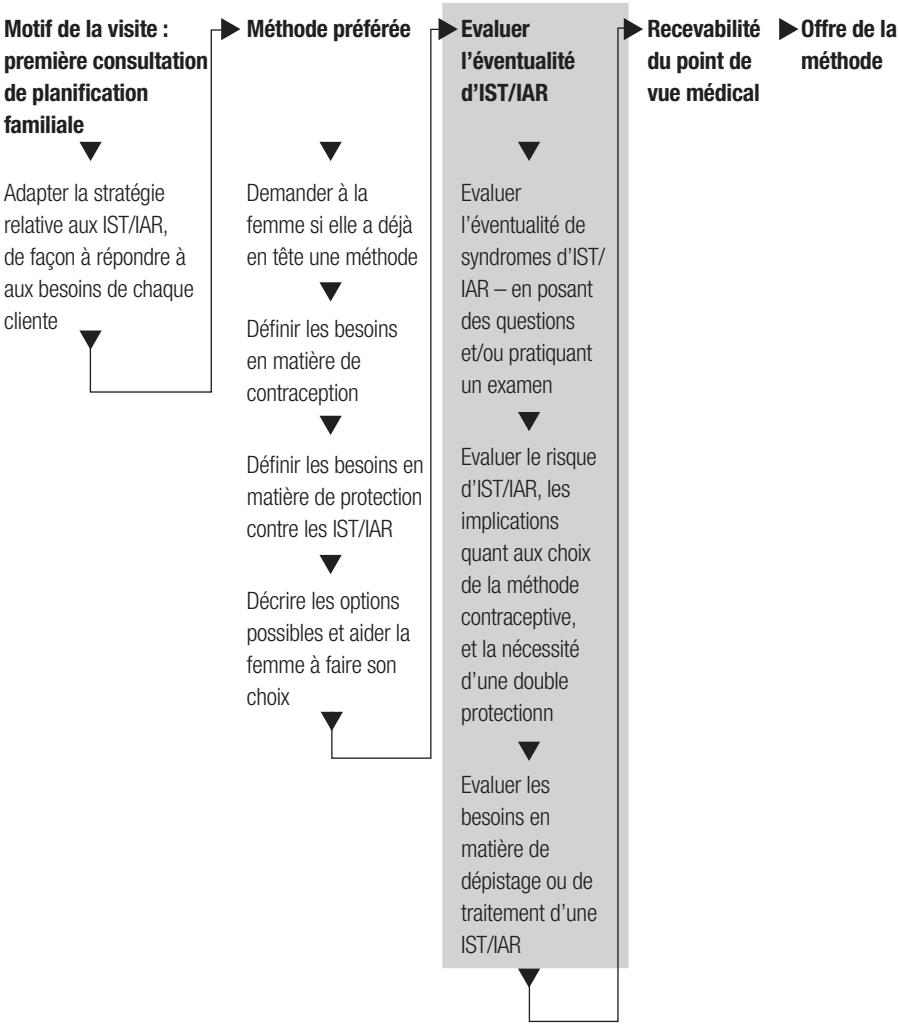
4. Autres formes sûres de rapports intimes

5. Attendre de se sentir prêts pour la première expérience sexuelle

ET pour se protéger encore plus contre les IST et le VIH, réduire le nombre des partenaires sexuels : un(e) seul(e) partenaire non infecté(e), c'est encore ce qu'il y a de plus sûr

On offrira éventuellement aux clients qui choisissent le préservatif seul, une contraception d'urgence pour éviter la grossesse en cas de non utilisation ou de rupture du préservatif (voir page 90).

Étape 2 : Rechercher une IST/IAR



Évaluer l'éventualité de syndromes d'IST/IAR – en posant des questions et/ou pratiquant un examen. Une fois choisie une ou deux méthodes contraceptives, qu'il s'agisse d'une protection simple ou double, le professionnel de santé déterminera si un examen plus approfondi ou éventuellement des tests de laboratoire s'avèrent nécessaires afin de mettre en évidence une infection existante. Il/elle demandera si

la femme a un écoulement vaginal anormal, une ulcération génitale, et des douleurs abdominales basses, et si son partenaire a des symptômes d'IST. On utilisera les algorithmes présentés au Chapitre 8 pour la prise en charge des malades se plaignant de telles manifestations.

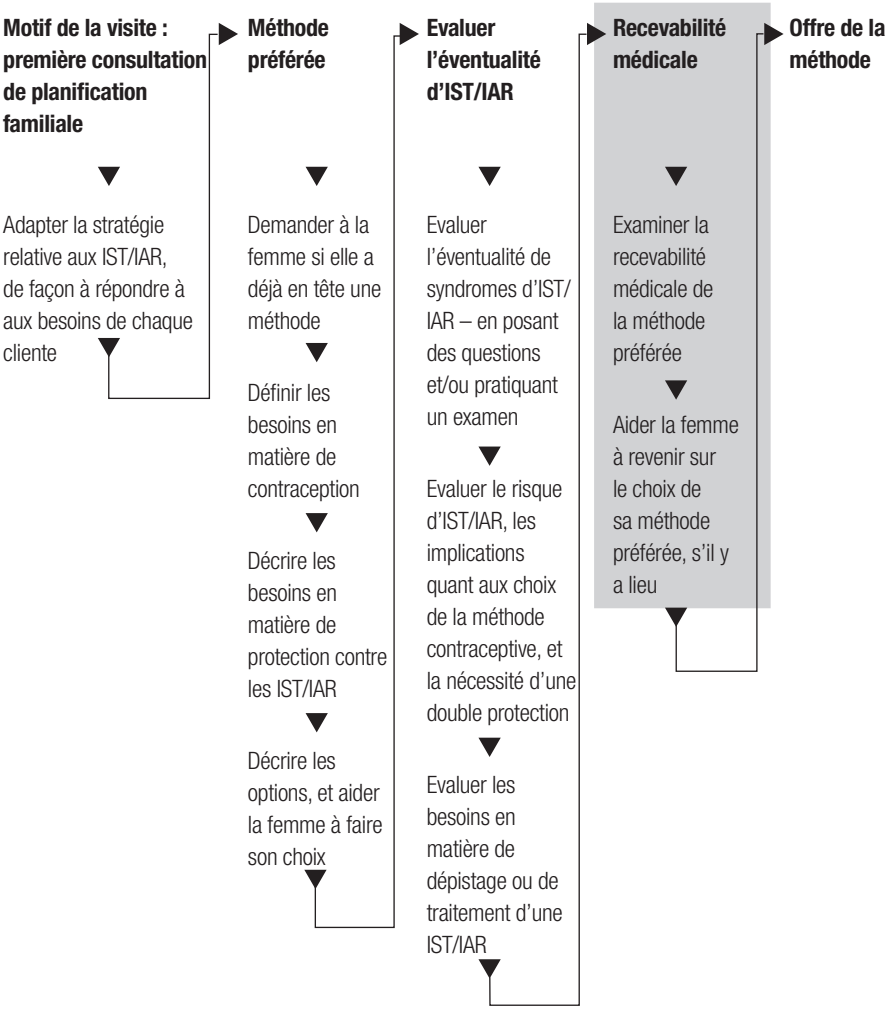
L'examen pelvien, avant l'offre d'une méthode contraceptive, n'est indispensable que pour la pose d'un DIU (afin d'exclure une grossesse et une infection, et de déterminer la taille, la forme et la position de l'utérus), d'un diaphragme/d'une cape cervicale (afin d'ajuster le dispositif) et pour la stérilisation (afin d'évaluer la taille, la position et la mobilité de l'utérus). Toutefois, un examen au spéculum et un examen bimanuel peuvent avoir leur utilité pour lever les interrogations concernant la présence éventuelle d'IST/IAR et pour détecter certaines infections asymptomatiques (Chapitre 3).

Examiner le risque d'IST/IAR, les implications quant au choix de la méthode contraceptive, et la nécessité d'une double protection. A ce stade, il convient d'examiner le risque d'IST/IAR et la nécessité d'une double protection pour la femme. Elle peut renoncer à sa méthode préférée et en choisir une autre – ou ajouter le préservatif – afin de mieux se protéger. Il est important de toujours se dire qu'il est difficile d'évaluer le risque d'IST/IAR avec précision, **et une évaluation ne portant pas à conclure à l'existence d'un risque ne signifie pas que la femme en question n'a pas besoin d'envisager une protection contre les IST**.

Évaluer la nécessité d'un dépistage ou d'un traitement anti-IST/IAR. Les éléments du bilan à l'appui du diagnostic/du dépistage seront fonction des ressources disponibles. Les femmes symptomatiques peuvent être prises en charge sans nécessité d'effectuer des tests de laboratoire (Chapitre 8). Là où les ressources le permettent, le dépistage des IST asymptomatiques habituelles telles que l'infection cervicale, la syphilis et le VIH (Chapitre 3) peut être inclus dans le protocole de la visite initiale, avec les autres examens de dépistage réservés aux femmes, comme le frottis avec test de Papanicolaou. A l'issue de ces examens et du dépistage des IST/IAR, la femme peut souhaiter revenir sur la méthode qu'elle avait d'abord choisie, et en adopter une autre qui la protégera mieux contre les IST.

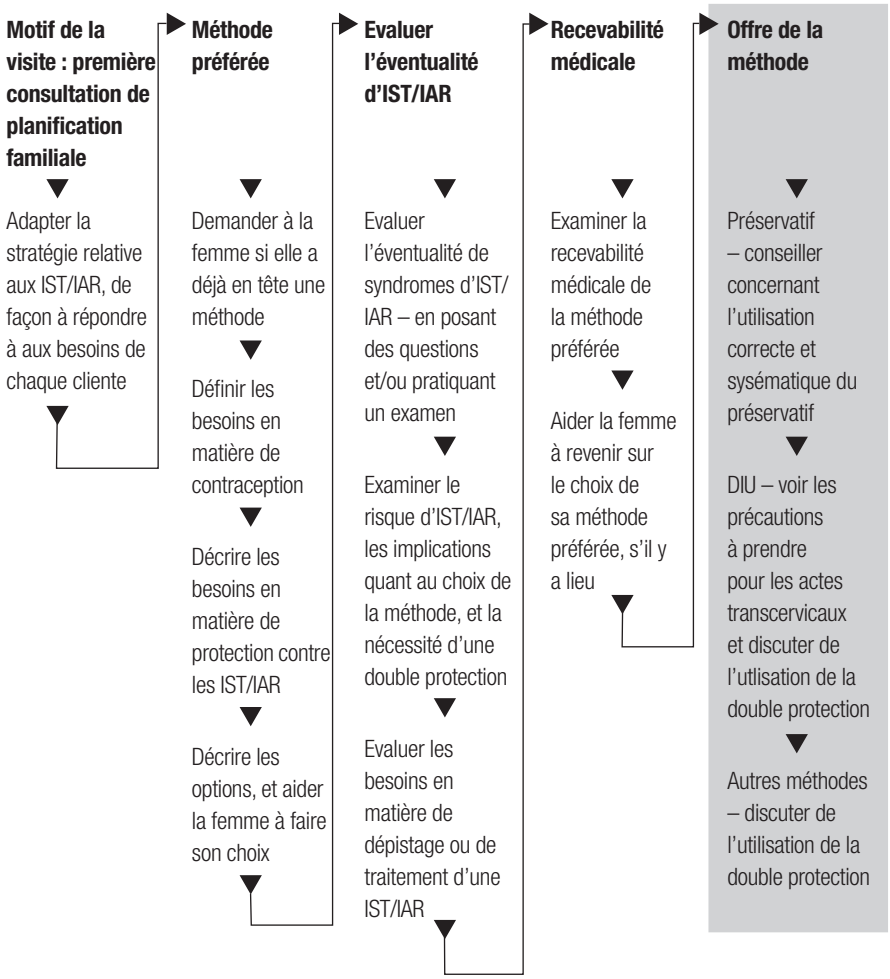
La présence d'une IST/IAR n'est pas en soi une raison pour refuser à une cliente la plupart des méthodes – les prestataires offriront le traitement ou une orientation vers des services spécialisés, et l'information ou le conseil sur la façon d'éviter de contracter de nouvelles infections (Chapitre 2 et Chapitre 4). La mise en œuvre de certaines méthodes, telles que la pose d'un DIU et la stérilisation, doit être retardée jusqu'à la guérison de l'IST, ou conformément à ce que prévoient les directives nationales. Il convient de conseiller à la femme d'utiliser, pendant toute la durée de son traitement, des préservatifs et, éventuellement, une autre méthode de contraception.

Étape 3 : Evaluer la recevabilité médicale



Examiner la recevabilité médicale de la méthode préférée. Ensuite, évaluer le caractère approprié de la ou des méthodes préférée(s). Des critères de recevabilité médicale (CRM) ont été définis par l'OMS (et adoptés dans de nombreux pays) afin d'aider les prestataires de soins à déterminer en présence de quelle pathologie ou situation il convient de déconseiller formellement l'utilisation de certaines méthodes contraceptives, ou quand certaines précautions sont recommandées. Par exemple, le risque d'IST/VIH peut rendre non envisageable du point de vue médical l'utilisation des DIU ou des spermicides.

Étape 4 : Offre de la méthode



La dernière étape du processus est l'**offre de la méthode**. Si la cliente choisit d'utiliser le préservatif, elle va avoir besoin du conseil consistant à lui montrer son utilisation, et comment en négocier l'usage correct et systématique avec son partenaire (Chapitres 2 et 4). Ne pas poser de DIU si la femme a une infection cervicale ; le Chapitre 2 explique la marche à suivre pour la pose d'un DIU en toute sécurité. Les méthodes autres que le préservatif ne protègent pas contre les IST, et il convient de fournir les informations suffisantes sur le recours à la méthode double, pour ajouter la prévention des IST.

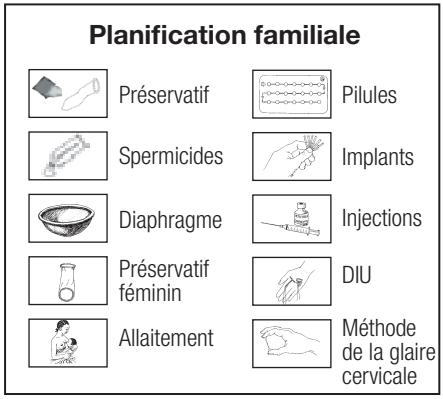
VISITES DE SUIVI

Les clientes reviennent au dispensaire fournissant des soins de santé reproductive à titre systématique pour plusieurs raisons, notamment :

- l'évaluation des problèmes liés à l'utilisation de la méthode adoptée ;
- la recherche de symptômes d'IST/IAR ;
- le suivi classique en rapport avec la méthode contraceptive ;
- les examens de dépistage de routine réservés aux femmes.

Quelle que soit la raison, la consultation de suivi constitue une occasion de faire globalement le point, et sur un plan plus particulier, d'évaluer la nécessité d'adopter la double protection (pour prévenir la grossesse et les IST/IAR). En ce qui concerne les IST/IAR, on demandera à la femme si elle a des symptômes, et si ses besoins par rapport à la protection des IST/IAR ont évolué. Le Chapitre 8 décrit la prise en charge symptomatique des IST/IAR. Le Chapitre 3 présente les options de dépistage des IST/IAR pouvant être envisagées lors des consultations de suivi. Chaque visite de suivi constitue une occasion de promouvoir la prévention des IST/IAR par l'éducation et le conseil.

MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET IST/IAR



La plupart des méthodes de planification familiale ne protègent pas contre les IST. Le Tableau 6.1 présente des estimations du pouvoir contraceptif des méthodes les plus courantes et de la protection qu'elles confèrent contre les IST. Certaines méthodes contraceptives, en fait, augmentent le risque d'IAR non sexuellement transmises ou de complications associées à ces IAR, et les clientes peuvent renoncer à une méthode (et risquer une grossesse non désirée) si elles pensent qu'elle pose problème. La candidose, par exemple, est plus courante chez les femmes utilisant les contraceptifs oraux, et la vaginose bactérienne survient plus fréquemment chez les femmes utilisant le diaphragme avec spermicide. Les professionnels de la santé doivent être conscients des problèmes liés à l'utilisation de ces méthodes, et savoir conseiller les patientes sur la conduite à tenir et sur les autres méthodes possibles.

Tableau 6.1. Facteurs à prendre en compte pour l'appréciation du risque

Méthode	Efficacité[a] pour la prévention de la grossesse	Protection contre les IST
Préservatif masculin	85–98 %	Protège contre la plupart des IST, y compris le VIH. Protection non démontrée contre les infections transmises par contact cutané (HSV, VPH).
Préservatif féminin	79–95 %	Des études effectuées en laboratoire démontrent qu'il protège contre les IST/le VIH. D'autres études chez l'homme sont nécessaires.
Spermicides	71–85 %	Protection éventuelle contre les IST d'origine bactérienne, aucune protection contre les IST virales et le VIH. Peut accroître le risque d'infection à VIH.
Diaphragme (avec spermicide)	84–94 %	Protection éventuelle contre les IST d'origine bactérienne. Augmente le risque de vaginose bactérienne. L'effet protecteur du diaphragme contre le VIH est mal connu. Protège contre la néoplasie cervicale. L'utilisation d'un spermicide peut augmenter le risque d'infection à VIH.
Contraceptifs oraux	92–>99 %	Aucune protection contre les infections des voies génitales basses ; réduction du risque de MIP symptomatique. Ne confèrent aucune protection contre les IST d'origine virale, ni contre le VIH. Candidoses plus fréquentes.
Implants	>99 %	Ne confèrent aucune protection contre les IST d'origine bactérienne ou virale, ni contre le VIH.
Injections	>99 %	Aucune protection contre les infections des voies génitales basses ; réduction du risque de MIP symptomatique. Ne confèrent aucune protection contre les IST d'origine virale, ni contre le VIH.
DIU	>99 %	Ne protège pas contre les IST d'origine bactérienne ou virale, ni contre le VIH. Associé à un risque de MIP dans le premier mois qui suit la pose.
Stérilisation chirurgicale (ligature des trompes et vasectomie)	>99 %	Aucune protection contre les infections des voies génitales basses ; réduction du risque de MIP symptomatique. Ne confèrent aucune protection contre les IST d'origine virale, ni contre le VIH.

a. Efficacité lors d'une utilisation normale.

DOUBLE PROTECTION ET CONTRACEPTION D'URGENCE

Seul l'usage correct et systématique protège de façon fiable contre les IST. Le conseil sur la double protection englobera donc toujours la promotion du préservatif. Utilisé correctement et systématiquement, le préservatif confère également une bonne protection contre la grossesse. Les couples qui souhaitent une protection complémentaire contre la grossesse peuvent associer le préservatif avec une autre méthode, ou utiliser la contraception d'urgence en cas d'utilisation incorrecte ou de rupture du préservatif. L'Encadré 6.2 explique en quoi consiste la contraception d'urgence, présente les différents types de pilules contraceptives d'urgence qu'il est possible de proposer, et notamment les contraceptifs oraux habituellement disponibles.

Encadré 6.2. Utilisation des pilules contraceptives d'urgence

Dans de nombreux pays, des pilules spéciales sont disponibles pour la contraception d'urgence (CU). Il est également possible d'utiliser, pour la contraception d'urgence, les pilules servant habituellement à la régulation des naissances. La dose hormonale contenue dans chaque type ou marque de pilule pour le contrôle des naissances est différente ; le nombre de pilules à prendre pour obtenir une dose complète sera donc variable.

Comment prendre les pilules pour la CU. L'idéal est de commencer le plus tôt possible, et au plus tard dans les 72 heures qui suivent le rapport sexuel non protégé, soit un traitement au **lévonorgestrel seul** soit un traitement **œstroprogestatif combiné**. Il est également possible de commencer le traitement au lévonorgestrel seul ou œstroprogestatif combiné dans les 72 à 120 heures après le rapport en question, mais la femme doit être avisée que plus le délai entre le rapport non protégé et le début du traitement est long, moins la contraception d'urgence est efficace.

	Dose
Pilule au lévonorgestrel pour la contraception d'urgence à usage réservé	De préférence, 1,50 mg de lévonorgestrel en dose unique. Ou bien 1,50 mg de lévonorgestrel en deux fois (0,75 mg de lévonorgestrel dans une première dose suivie d'une deuxième dose de 0,75 mg 12 heures plus tard).
Pilules combinées pour la contraception d'urgence à usage réservé	Prendre 2 pilules combinées (dosées chacune à 50 µg d'éthinylestradiol). Renouveler la prise 12 heures après.
Pilules combinées minidosée	Prendre 4 pilules contraceptives minidosées (30 µg d'éthinylestradiol chacune). Renouveler la prise 12 heures après.
Pilules combinées fortement dosées	Prendre 2 pilules contraceptives fortement dosées (50 µg d'éthinylestradiol chacune). Renouveler la prise 12 heures après.

Les pilules pour la contraception d'urgence peuvent donner des nausées et/ou des vomissements. Ces effets indésirables sont beaucoup moins fréquents avec les pilules progestatives pures (lévonorgestrel). Conseiller à la femme de prendre les pilules avec de la nourriture et, si possible, de prendre un antiémétique avant les pilules combinées pour la contraception d'urgence. Si elle vomit dans les deux heures qui suivent la prise des pilules, elle doit reprendre une dose immédiatement.

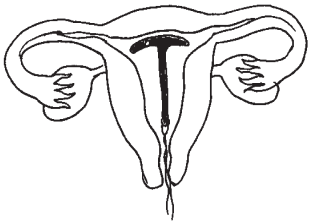
Les DIU au cuivre constituent la méthode la plus efficace de contraception d'urgence: ils peuvent être posés dans les 5 jours qui suivent le rapport sexuel non protégé. Pour pouvoir utiliser cette méthode, la femme doit réunir les critères de recevabilité médicale relatifs à l'utilisation des DIU. Le DIU peut rester posé si l'objectif est de poursuivre la contraception ou enlevé au cours des règles suivantes.

DISPOSITIF INTRA-UTERINS

Pour les femmes très exposées au risque d'infection à gonocoque ou à chlamydia, l'utilisation d'un DIU est en général déconseillée, sauf si aucune autre méthode plus appropriée n'est disponible ou acceptable. Les autres femmes à risque accru d'IST peuvent en général utiliser les DIU. Les précautions à prendre pour réduire le risque d'infection iatrogène pendant la pose d'un DIU sont énoncées à l'Encadré 6.3.

Encadré 6.3. Réduire le risque d'IAR iatrogène associé à la pose d'un DIU

- La plupart du temps, le risque accru de MIP lié à l'utilisation d'un DIU intervient dans le premier mois qui suit la pose. Il est possible de réduire ce risque en prenant les précautions qui s'imposent lors de l'acte transcervical (voir Chapitre 2).



- Eviter tout retrait inutile du DIU. Le DIU au cuivre T380A, par exemple, offre pendant 10 ans une protection efficace et sûre contre la grossesse. Cette durée varie selon le type de DIU, et le prestataire ainsi que la cliente doivent être informés de la durée d'efficacité du dispositif choisi.

Toute femme présentant des signes d'infection cervicale (écoulement cervical mucopurulent ou friabilité du col)) sera traitée pour une infection à gonocoque ou à chlamydia, selon le Tableau de Traitement 2 (Chapitre 8) ; on traitera aussi son partenaire. La pose d'un DIU sera retardée, jusqu'à guérison complète de l'infection. On expliquera à la patiente les avantages de la double protection.

Les femmes ressentant des douleurs à la palpation du bas abdomen, une douleur à la mobilisation du col, des douleurs utérines à la palpation, ou une douleur annexielle à la palpation, seront traitées pour une MIP, selon le Tableau de Traitement 3 au Chapitre 8, et informées sur les autres possibilités de contraception (en insistant sur la double protection). Les femmes demeurant à haut risque personnel d'infection à gonocoque ou à chlamydia ne doivent normalement pas utiliser le DIU, sauf si aucune autre méthode plus appropriée n'est disponible ou acceptable.

Chez la femme qui porte un DIU, l'apparition d'une MIP, d'une cervicite purulente, d'une infection à gonocoque ou à chlamydia n'impose pas nécessairement le retrait du DIU pendant le traitement de l'infection, si la femme souhaite le garder.

SPERMICIDES ET DIAPHRAGME AVEC SPERMICIDES

Les femmes à haut risque d'infection à VIH ou déjà porteuses de cette infection ne doivent pas utiliser les spermicides. L'usage répété et à forte dose du spermicide

nonoxynol-9 est associé à un risque accru de lésions génitales, ce qui augmente le risque de contracter l'infection à VIH. Les femmes à haut risque d'infection à VIH ou celles qui sont déjà infectées ne doivent pas utiliser le diaphragme avec les spermicides, sauf si aucune autre méthode plus appropriée n'est disponible ou acceptable.

CHAPITRE 7. ÉVALUATION DES IST/IAR PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM

Points essentiels

- Encourager les femmes à se rendre au **dispensaire prénatal** en tout début de grossesse, ce qui permet de détecter ou de prévenir à temps tout problème, et notamment la présence d'une IST/IAR.
- Proposer aux femmes le dépistage de la **syphilis** à la première consultation prénatale. Le dépistage de la syphilis doit être effectué sur place, et la femme recevra ses résultats et un traitement avant de repartir du dispensaire.
- Offrir, si disponible, le dépistage des **autres IST/IAR**, et notamment les infections cervicales, la vaginose bactérienne et le VIH.
- A chaque consultation prénatale, demander aux femmes si elles et leur partenaire ont des **symptômes d'IST**. Offrir le dépistage et/ou le traitement des **partenaires**, au moins pour les IST symptomatiques, la syphilis et le VIH.
- Expliquer que la **prévention des IST** pendant la grossesse constitue un moyen de protéger à la fois la mère et l'enfant, et de préserver la fécondité.
- Les services de conseil et test VIH, les interventions pour la prévention de la transmission mère-enfant, et les soins à la mère, doivent être offerts sur place, ou par le biais d'une orientation vers un service spécialisé.
- Le traitement prophylactique de la **conjonctivite néonatale** doit être systématiquement administré à tous les nouveau-nés.

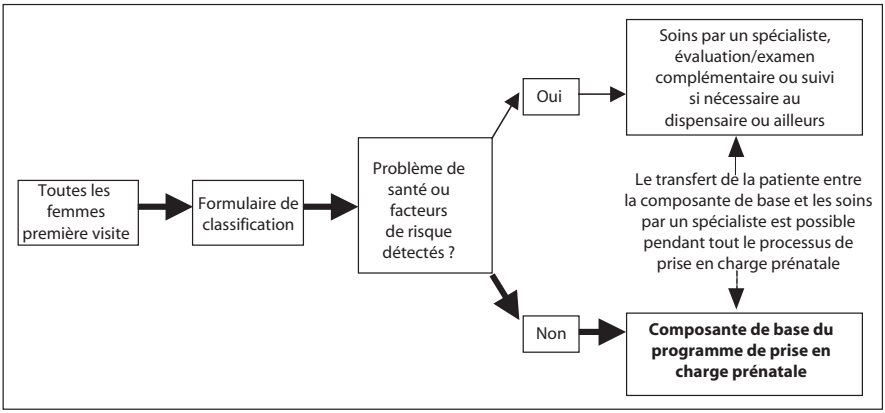
La prévention et la prise en charge des IST/IAR ont la même importance pendant la grossesse qu'à n'importe quelle autre période de la vie. L'activité sexuelle d'une femme peut augmenter ou baisser, et le risque d'exposition aux infections peut évoluer. Un certain nombre d'IST – notamment la syphilis, l'infection à gonocoque et à chlamydia, la trichomonase, l'herpès génital et le VIH – peuvent entraîner des complications pendant la grossesse et une **issue défavorable de la grossesse**. Entre autres infections endogènes, la vaginose bactérienne est associée au travail prématuré. La candidose est plus fréquente pendant une grossesse et, bien qu'elle ne comporte pas de risque d'issue défavorable de la grossesse, les symptômes peuvent être désagréables ; la femme doit donc bénéficier d'un traitement approprié. **Une infection génitale haute** peut être une complication d'un avortement spontané ou provoqué, ou d'une rupture de la poche des eaux avant le début du travail, ou elle peut survenir à la suite d'un accouchement – et engager le pronostic vital.

La prise en charge et la prévention de certains des problèmes les plus importants liés aux conséquences des IST/IAR pendant la grossesse – et notamment les infections après un avortement et un accouchement, et la syphilis congénitale – n'impliquent pas l'utilisation de techniques compliquées, ni des dépenses excessives. Pourtant la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales associées à ces problèmes demeurent élevées. Des améliorations simples dans la prestation des services, faisant appel à la technologie disponible – par exemple le dépistage de la syphilis sur place, au dispensaire prénatal, le même jour que la consultation – peuvent contribuer à une augmentation substantielle du taux d'issues favorables de grossesse. Le traitement de la vaginose bactérienne symptomatique peut réduire le risque de travail prématuré, et la prévention ainsi que la prise en charge efficace des infections après accouchement ou après avortement peuvent réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

Les femmes en âge de procréer doivent être informées de l'importance d'une prise en charge prénatale et d'un dépistage des IST/IAR précoces. Pendant la grossesse, il faut apprendre aux couples à reconnaître les symptômes de travail prématuré, les conseiller sur la pratique de la sexualité à moindre risque et leur expliquer pourquoi il importe d'éviter d'avoir d'autres partenaires pendant la grossesse.

Les consultations prénatales offrent un créneau pour la prévention et la détection des IST/IAR, et il convient d'encourager les femmes à s'y rendre en tout début de grossesse. L'OMS recommande quatre consultations prénatales pour les femmes ayant une grossesse non compliquée. La Figure 7.1 présente le modèle OMS de prise en charge prénatale, et une liste des services de base à assumer ainsi que les outils permettant de repérer les femmes qui ont besoin de soins supplémentaires.

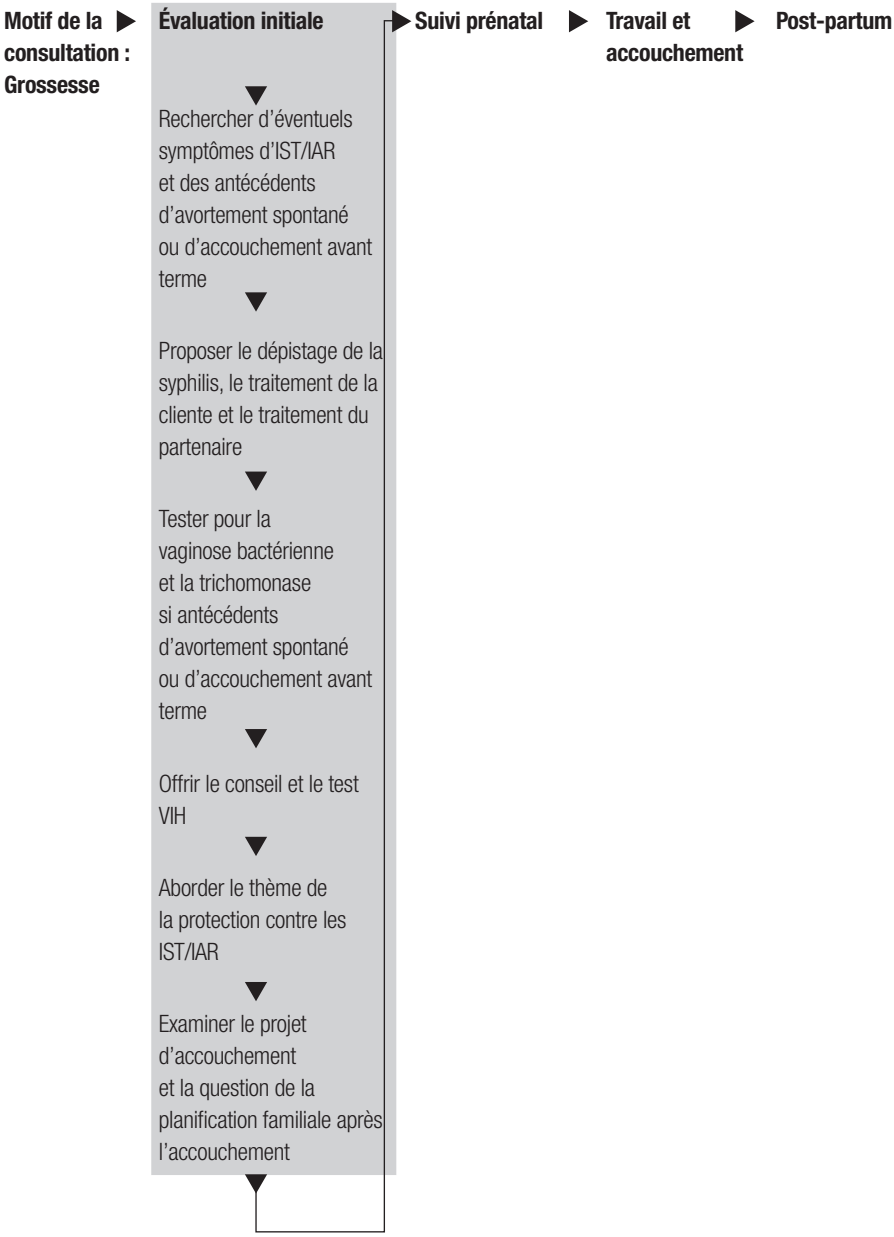
Figure 7.1. Modèle OMS de prise en charge prénatale



Source : *WHO antenatal randomized trial : manual for the implementation of the new model*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Étape 1 : Évaluation initiale

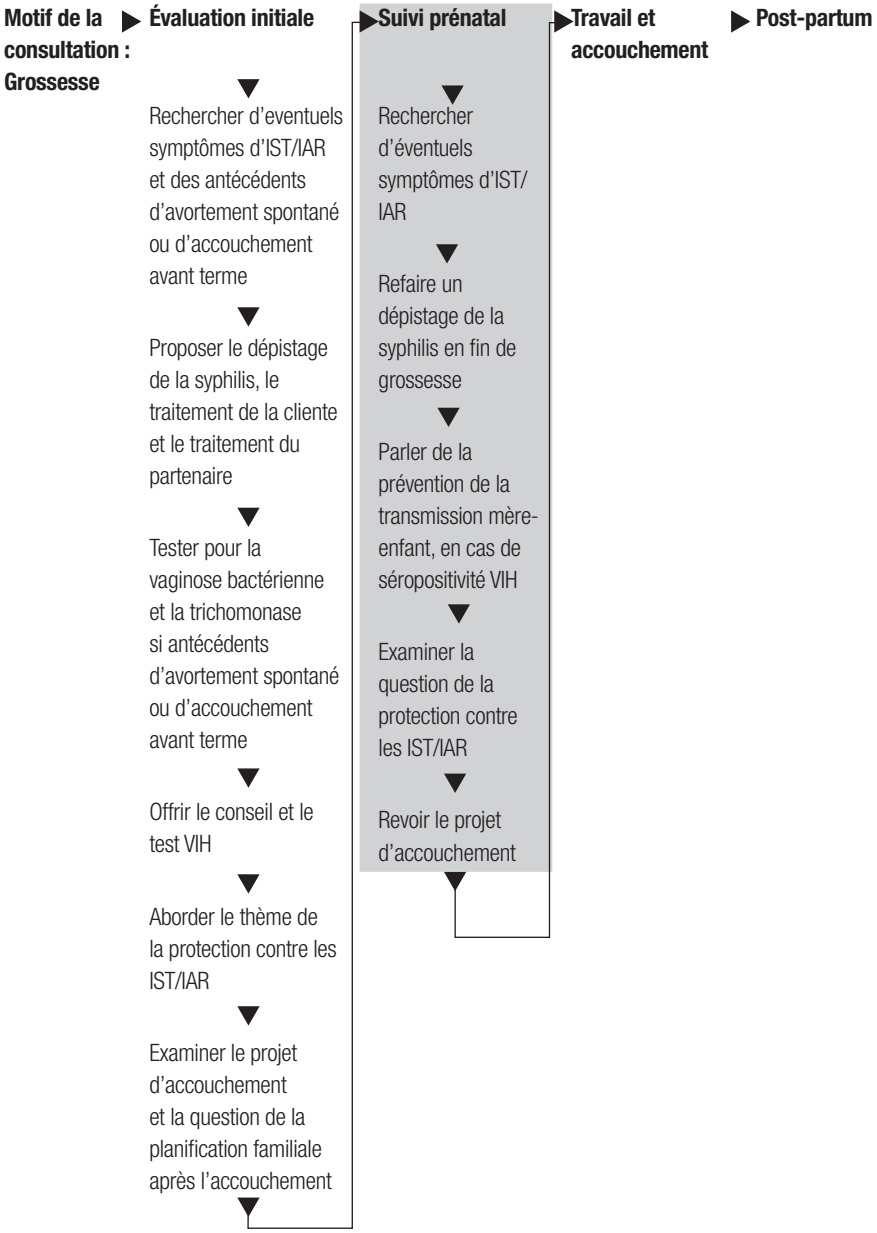
Une femme peut se rendre une première fois au dispensaire prénatal à n'importe quel moment entre le premier trimestre et le début du travail. Elle reviendra, ou ne reviendra pas, au dispensaire avant l'accouchement. Il est donc important d'exploiter au maximum cette première consultation, et d'inclure les aspects relatifs aux IST/IAR dans l'évaluation.



Lors de la consultation prénatale initiale, il est recommandé de procéder à une évaluation relative aux IST/IAR, en incluant au minimum les points suivants :

- Demander à la femme si elle a des symptômes d'IST/IAR ou si son partenaire a un écoulement urétral ou d'autres symptômes. Si l'un et l'autre sont dans ce cas, les prendre en charge selon les algorithmes présentés au Chapitre 8.
- Procéder à une sérologie de la syphilis au moyen du test RPR ou d'un test non tréponémique équivalent de recherche des anticorps de la syphilis, aussi tôt que possible (Chapitre 3). Le dépistage doit être effectué sur place là où cela est possible, et la femme doit recevoir ses résultats et un traitement avant de quitter le dispensaire. Il faut également inciter à faire traiter le partenaire, et aider en conséquence dans cette démarche, si la demande en est formulée.
- Les femmes enceintes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'accouchement avant terme seront testées pour la vaginose bactérienne et la trichomonase. En cas de test positif, un traitement par 500 mg de métronidazole, à raison de trois fois par jour pendant 7 jours, sera administré (après le premier trimestre), afin de réduire le risque d'une issue défavorable de la grossesse.
- Offrir le conseil et le test VIH sur place ou par le biais d'une orientation vers des services spécialisés. Les femmes ayant un résultat positif au test seront orientées vers des services d'appui appropriés, et conseillées sur la façon de réduire le risque de transmission mère-enfant (Encadré 7.2, page 101).
- Traiter avec la femme et son partenaire la question de la prévention des IST (y compris le VIH) en la présentant comme un atout pour garantir le bon déroulement de la grossesse et préserver la fécondité.
- Examiner en début de grossesse les projets concernant l'accouchement et la période du post-partum. Une infection virale sexuellement transmissible – telle que le VIH ou le HSV-2 – peut influer sur le projet d'accouchement. Les besoins en matière de prévention des IST/IAR seront examinés en même temps que les options de planification familiale envisageables après l'accouchement.

Étape 2 : Suivi prénatal



Lorsque les femmes se rendent à nouveau au dispensaire dans le cadre du suivi prénatal, il faut revenir sur la prévention et la détection des IST/IAR, car le risque d'infection peut persister. Comme à la première consultation, on demandera à la femme si elle ou son partenaire ont des symptômes. Toute IST/IAR symptomatique sera prise en charge selon les algorithmes au Chapitre 8 et au Chapitre 9.

- Il faut refaire, si possible, le test de la syphilis en fin de grossesse, ce qui permet de mettre en évidence une infection contemporaine de la grossesse (Chapitre 3). Toutes les femmes doivent être testées au moins une fois pendant chaque grossesse, et toutes les femmes ayant une sérologie positive doivent bénéficier d'un traitement (se reporter à l'Annexe 3 pour l'information sur l'interprétation des résultats du dépistage de la syphilis chez les femmes traitées antérieurement).
- En ce qui concerne les femmes séropositives au VIH, la prise en charge durant la période prénatale sera fonction d'un protocole spécifique suivi. Les professionnels de la santé doivent revoir le projet d'accouchement et examiner les options pour l'allaitement de l'enfant et la contraception après l'accouchement.
- Insister sur la prévention des IST/IAR. La femme et son partenaire doivent comprendre que, indépendamment de tout traitement antérieur, une IST contractée en fin de grossesse peut entraîner des complications et une infection congénitale. Offrir des préservatifs. Le traitement du partenaire, le cas échéant, sera plus volontiers accepté s'il est présenté comme une précaution à prendre pour garantir un accouchement sans danger et la bonne santé du nouveau-né.

Encadré 7.1. VIH et grossesse

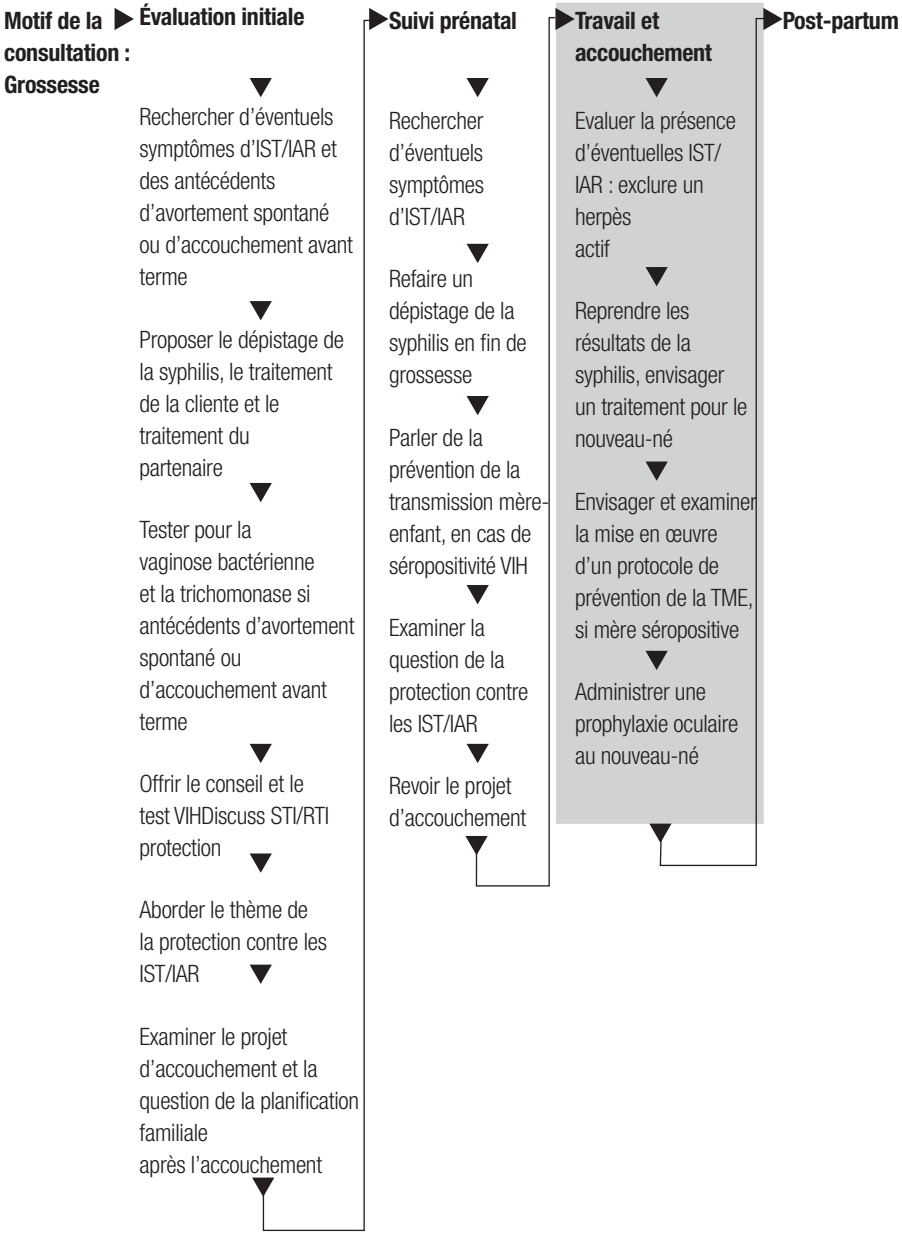
La transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) constitue, partout dans le monde, la principale cause d'infection à VIH chez l'enfant. Plus d'un demi-million d'enfants sont chaque année infectés de cette façon. Si rien n'est fait, l'infection à VIH touchera jusqu'à 40 % d'enfants nés d'une mère infectée par le VIH. L'infection peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, et par le biais de l'allaitement au sein. La prévention de la TME doit commencer aussi tôt que possible en cours de grossesse, par l'offre du conseil et du test VIH aux parents.

Les soins prénatals de routine sont les mêmes pour les femmes séropositives au VIH et pour celles qui sont indemnes de cette infection. La détection et le traitement des IST/IAR sont importants, dans la mesure où la présence de plusieurs IST/IAR augmente la quantité de VIH dans les sécrétions génitales, ce qui majore le risque de transmission de l'infection à l'enfant pendant l'accouchement. Il faudra être très attentif aux symptômes ou signes cliniques observés à l'examen, évocateurs d'infections opportunistes ou d'IST/IAR. Les actes invasifs comme l'amniocentèse sont à éviter.

Mis à part le traitement antirétroviral, il n'est aucunement nécessaire de traiter une femme infectée par le VIH différemment d'une autre femme pendant le travail et l'accouchement, ou de l'isoler. Le personnel doit appliquer avec tou(te)s les patient(e)s sans exceptions les précautions universelles pour la réduction du risque de transmission du VIH et d'autres infections, et pas seulement avec les personnes dont la séropositivité VIH est connue (voir Annexe 2).

Les femmes séropositives au VIH nécessitent une attention particulière pendant le post-partum. Un supplément de soins, de séances de conseil et d'appui peut leur être bénéfique, et elles peuvent avoir besoin d'aide si elles choisissent d'alimenter leur enfant autrement qu'en leur donnant le sein. Il convient de les orienter vers des services de soins et d'appui.

Étape 3 : Travail et accouchement



Les problèmes liés aux IST/IAR pendant le travail et l'accouchement sont rares mais potentiellement importants. Les objectifs consistent à repérer une infection qui n'aurait pas été détectée pendant la période prénatale, et à intervenir, si cela est possible, pour prévenir et prendre en charge les IST/IAR transmises au nouveau-né.

- Rechercher des signes d'infection. La plupart des IST/IAR ne sont pas des urgences et le traitement peut être retardé et mis en route après l'accouchement. Des vésicules ou ulcérations évocatrices d'un premier épisode d'**herpès génital** (primo-infection par le HSV-2) à peu de temps de l'accouchement posera peut-être une indication de césarienne, dans la mesure où l'accouchement par les voies naturelles expose le nouveau-né à un risque d'herpès généralisé, et à un risque élevé de décès. Dans les cas où la césarienne n'est pas possible ou serait pratiquée dans des conditions non sûres, il faut envisager le transfert vers un hôpital mieux équipé, si l'accouchement n'est pas imminent. Le bénéfice de la césarienne est nul si plus de 6 heures se sont écoulées après la rupture des membranes.
- Les **condylomes**, même lorsqu'ils sont très étendus, ne sont pas une indication de la césarienne.
- La **rupture des membranes** avant terme, et la rupture des membranes avant le début du travail, requièrent une prise en charge attentive afin de réduire le risque d'infection (voir Chapitre 9).
- **Prendre en charge les femmes infectées par le VIH** (notamment administrer un traitement antirétroviral) conformément aux protocoles locaux.

Il est impératif de se conformer aux précautions universelles pour tous les accouchements (Encadré 7.2).

Encadré 7.2. Précautions universelles pendant l'accouchement

Les précautions suivantes sont recommandées pour chaque accouchement, indépendamment du statut de la femme vis-à-vis du VIH ou des IST/IAR.

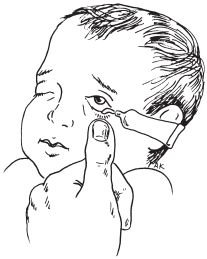
- Utiliser des gants, se laver soigneusement les mains entre les différents actes, et désinfecter parfaitement tous les instruments/matériels utilisés lors de l'accouchement.
- Suivre les directives pratiques normalisées relatives à l'accouchement, à savoir : éviter les examens vaginaux non indispensables, réduire au maximum le risque de traumatisme, et gérer activement la deuxième période du travail. L'épisiotomie ne sera pratiquée que si elle est indiquée du point de vue obstétrical, et non pas à titre systématique. Si une assistance à l'accouchement est nécessaire, veiller à ce que les interventions soient aussi peu traumatiques que possible.
- Sectionner le cordon ombilical, en entourant délicatement et sans appuyer la zone concernée avec une compresse de gaze afin d'éviter les éclaboussures de sang. Ne pas désobstruer les voies respiratoires du nouveau-né au moyen d'une sonde nasogastrique, sauf s'il y a présence de méconium. L'aspiration avec la bouche est à éviter.
- Quel que soit le statut de la mère vis-à-vis du VIH, porter des gants lors de la manipulation de tout nouveau-né, jusqu'à lavage complet du sang et des sécrétions de la mère. Immédiatement après la naissance, éliminer à l'eau et au savon le sang de la mère ainsi que le méconium. Tous les nourrissons doivent être tenus au chaud après la naissance.

Encadré 7.3. Prévention et prise en charge des IST/IAR chez le nouveau-né

1. Prophylaxie oculaire néonatale

On administrera à tous les nouveau-nés, qu'il y ait ou non des signes ou des symptômes d'infection chez la mère, **un traitement prophylactique contre la conjonctivite du nouveau-né,** due à une infection à gonocoque ou à chlamydia.
Les pommades et gouttes oculaires à utiliser sont présentées ci-dessous.

Prévention de la conjonctivite du nouveau-né



Instiller à la naissance une goutte dans chaque œil dans l'heure qui suit la naissance, l'un de produits suivants :

- **tétracycline** ophthalmic ointment (1 %) in a single application

OU

- gouttes d**' iode à 2,5 % ,** en une seule application

OU

nitrate d'argent, solution aqueuse à 1 % fraîchement préparée, en une seule application

2. Syphilis congénitale

C'est à ce stade qu'il faut reprendre les résultats du test de la **syphilis**, et rechercher chez le nouveau-né des signes de syphilis congénitale. Chez les femmes qui n'ont pas encore été testées, on effectuera un dépistage de la syphilis. Les résultats doivent être obtenus le plus rapidement possible, de façon à mettre en route sans délai un traitement pour le nouveau-né dont la mère a un résultat positif au test. Les nouveau-nés seront pris en charge comme indiqué au Tableau 7.1, que la mère ait eu ou non un traitement contre la syphilis pendant la grossesse. La mère et son partenaire seront traités aussi, si tel n'a pas encore été le cas.

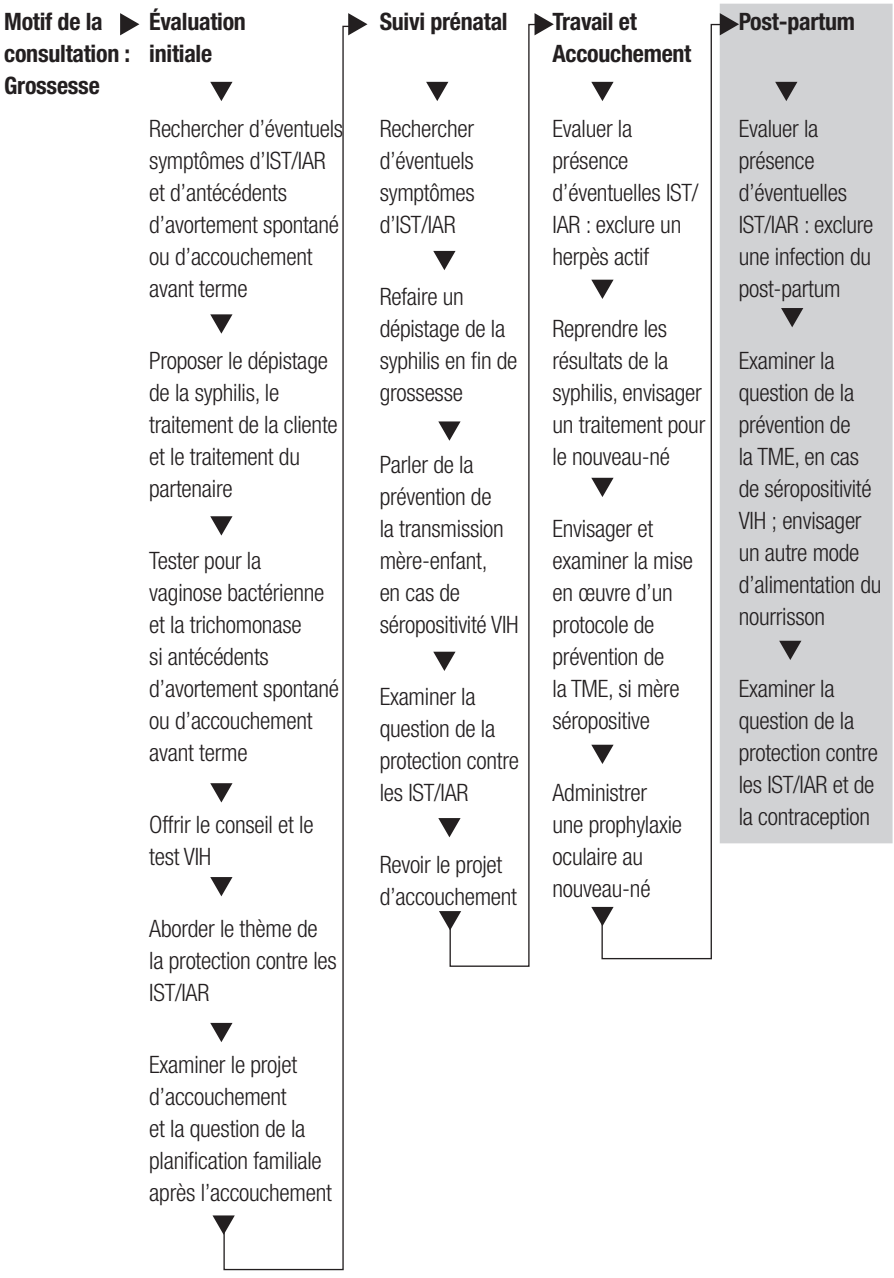
Tableau 7.1. Traitement de la syphilis du nouveau-né (premier mois de vie)

	Résultat au test RPR/VDRL chez la mère		
	Positif	**Non connu**	**Négatif**
Nourrisson présentant des signes de syphilis congénitale[a]	**Traitement 1 ou 2**	**Tester la mère**	**Refaire test**
		Instaurer le traitement 1 ou 2 en attendant les résultats (si retard attendu) ▪ Si le test est positif, poursuivre le traitement ▪ Si le test est négatif, rechercher d'autres causes et modifier le traitement en conséquence	
Nourrisson sans signes de syphilis congénitale[a]	**Traitement 3** Une seule injection	**Tester la mère**	**Pas de traitement**

Traitement 1	**Benzylpénicilline aqueuse**, 100 000 – 150 000 unités/kg de poids corporel/jour, administrée à raison de 50 000 unités/kg de poids corporel, en injection intramusculaire ou intraveineuse toutes les 12 heures pendant les 7 premiers jours de vie, et ensuite toutes les 8 heures pendant 10 jours
Traitement 2	**Procaïne benzylpénicilline** 50 000 unités/kg de poids corporel, en injection intramusculaire, en dose unique journalière pendant 10 jours
Traitement 3	**Benzathine benzylpénicillin** 50 000 unités/kg de poids corporel, en injection intramusculaire, en dose unique

a. Signes de syphilis congénitale : éruptions de vésicules sur la paume des mains ou sur la plante des pieds, hépatosplénomégalie, pseudoparalysie, œdème/ascite, fièvre (dans la première semaine de la vie), hyperbilirubinémie libre ou conjuguée, pétéchies, saignement, facies syphilitique. Les nourrissons sont souvent asymptomatiques, à la naissance.

Étape 4 : Soins du post-partum



Il est tout aussi important de savoir reconnaître les signes d'infection après l'accouchement que pendant la grossesse. L'infection utérine du post-partum est une pathologie courante et potentiellement mortelle ; pour éviter les complications, il est important de la détecter tôt et de la traiter efficacement et sans délai. Toutes les femmes sont vulnérables à l'infection suite à un accouchement, et la rétention de sang et de tissu placentaire augmente le risque. Les autres facteurs de risque d'infection sont le travail prolongé, la rupture prolongée des membranes, et les manipulations pendant le travail et l'accouchement. La prise en charge de l'infection du post-partum est traitée au Chapitre 9.

La femme sera examinée dans les 12 heures qui suivent l'accouchement. A sa sortie de la structure de santé, on lui conseillera de revenir au dispensaire si elle constate des symptômes tels que fièvre, douleur abdominale basse, écoulement nauséabond ou saignement anormal. On lui donnera toutes les informations concernant les soins mammaires et la toilette périnéale, ainsi que des instructions sur l'élimination hygiénique des lochies et des garnitures tâchées de sang ou d'autres matériels potentiellement infectieux. Des signes d'infection incluant fièvre, douleur abdominale basse ou douleur à la palpation du bas de l'abdomen, et pertes nauséabondes, doivent éveiller l'attention des professionnels de la santé.

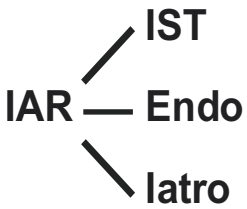
- La femme séropositive au VIH peut avoir besoin de soins et d'un soutien réguliers, et notamment l'accès au traitement et à l'appui pour la mise en œuvre d'un autre mode d'alimentation du nourrisson.
- Si la question de la contraception n'a pas été abordée avant l'accouchement, il convient de le faire en début de post-partum. Dans le choix de la méthode, il faudra notamment prendre en compte la nécessité d'une protection contre les IST/IAR (voir Chapitre 6). La question de la double protection sera également examinée avec les femmes qui choisissent une méthode de contraception sur le long terme, après l'accouchement, comme un DIU par exemple.

SECTION 3 PRISE EN CHARGE DES IST/IAR

La Section 1 présente l'information de base sur les IST/IAR et leurs complications, décrit les modes de transmission, ainsi que les solutions à envisager. Elle passe également en revue les connaissances et les compétences que doivent posséder les professionnels de la santé pour détecter et prévenir les IST/IAR.

La Section 2 offre des conseils pour aborder la question des IST/IAR dans le cadre de la consultation au dispensaire proposant des services de santé reproductive. Elle examine également les moyens d'atteindre les hommes, les adolescents et d'autres personnes qui ne s'adressent habituellement pas aux services de santé reproductive.

La Section 3 traite de la prise en charge des IST/IAR – comment diagnostiquer et traiter les problèmes liés aux IST/IAR – et contient des algorithmes, ainsi que des tableaux présentant les traitements. Cette section est structurée par problème, ce qui permet d'accéder rapidement à l'information recherchée.



CHAPITRE 8.
PRISE EN CHARGE DES IST/IAR SYMPTOMATIQUES

Points essentiels

- Les femmes ayant un **écoulement vaginal** seront traitées pour les infections vaginales courantes (vaginose bactérienne, trichomonase). Ajouter le traitement de la candidose, en présence de signes cliniques indicateurs de cette infection.
- Les femmes ayant une **douleur abdominale basse** seront traitées pour une infection à gonocoque, à chlamydia et à bactéries anaérobies. Envisager l'hospitalisation ou le transfert vers un centre spécialisé si l'infection est grave, ou s'il y a d'autres signes de danger.
- Les hommes et les femmes ayant des **ulcérations génitales** seront traités pour une syphilis et un chancre mou. Ajouter la prise en charge de l'herpès génital, notamment le traitement antiviral s'il est disponible, dans les régions où le HSV-2 est courant.
- Les hommes ayant un **écoulement urétral** seront traités pour une gonococcie et une infection à chlamydia. Les femmes dont les partenaires ont un écoulement urétral doivent recevoir le même traitement.
- Tous les patients symptomatiques doivent bénéficier du **conseil** axé sur l'observance du traitement, la réduction du risque et l'usage du préservatif.
- Un traitement sera donné **aux partenaires** des patient(e)s ayant une ulcération génitale ou un écoulement urétral. Offrir le conseil et un traitement aux partenaires des femmes traitées pour une MIP ou une cervicite.
- Pour la plupart des syndromes, les **consultations de routine au titre du suivi** ne sont pas indispensables, à condition que le patient aille jusqu'au bout du traitement et que son état s'améliore. Les femmes traitées pour une MIPdoivent être réexaminées 2–3 jours après la mise en route du traitement, ou plus tôt si elles ont de la fièvre.

Le présent chapitre traite de la prise en charge des IST/IAR chez les personnes qui consultent parce qu'elles ont des symptômes, ou lorsqu'un professionnel de la santé détecte des signes d'une éventuelle infection à l'occasion d'une consultation pour d'autres motifs. Un **symptôme** est quelque chose que le patient remarque/ressent,

tandis qu'un **signe** est quelque chose que le professionnel de la santé observe/constate (voir l'Annexe 1, relative à l'anamnèse et à l'examen physique). Trois cas de figure reviennent souvent :

- La personne venue consulter **se plaint spontanément de symptômes** d'IST/IAR.
- La personne reconnaît qu'elle a des symptômes, lorsque le professionnel de la santé l'interroge à ce sujet **(réponse provoquée)**.
- Le professionnel de la santé détecte des **signes** d'IST/IAR en examinant le patient pour d'autres motifs.

Les professionnels de la santé doivent être aptes à reconnaître les symptômes et les signes d'IST/IAR dans ces trois cas de figure différents. Ils doivent savoir quand il est possible d'expliquer la différence entre une IST et une affection non sexuellement transmise. Les femmes ayant des symptômes au niveau des organes génitaux peuvent craindre d'être porteuses d'une IST, et pourtant la plupart des IAR chez la femme ne sont pas transmises par la voie sexuelle. Professionnels de la santé et patients doivent également comprendre que les IST/IAR sont souvent asymptomatiques, et qu'absence de symptômes ne signifie pas forcément absence d'infection. Dans la mesure du possible, effectuer un dépistage des IST/IAR asymptomatiques (Chapitre 3).

PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST/IAR

Bon nombre d'IST/IAR peuvent être identifiées et traitées sur la base des symptômes et signes caractéristiques. On peut regrouper les symptômes et les signes sous le nom de syndrome – l'infection des voies respiratoires supérieures, la gastro-entérite, et l'écoulement vaginal sont des exemples de syndromes fréquents. Cependant, il est souvent difficile de dire exactement quel agent pathogène/micro-organisme est responsable du syndrome, et on peut être amené à prescrire un traitement couvrant plusieurs infections possibles.

La prise en charge syndromique consiste à traiter les symptômes et signes d'IST/IAR, en partant des micro-organismes le plus souvent à l'origine de chaque syndrome. Certaines structures dotées de moyens de laboratoire sophistiqués, sont en mesure de poser un diagnostic précis ou de mettre en évidence l'agent étiologique, mais souvent cet exercice est problématique. Les tests de laboratoire nécessitent des ressources, ajoutent au coût du traitement, peuvent obliger les clients à revenir au dispensaire, et pour finir, **la mise en route des traitements est le plus souvent retardée**. C'est pourquoi les directives pour la prise en charge syndromique sont largement utilisées pour des syndromes tels que la douleur abdominale basse, l'écoulement urétral et l'ulcération génitale (Tableau 8.1), même dans les pays industrialisés disposant de moyens de laboratoire à la pointe du progrès.

L'OMS a élaboré des arbres décisionnels ou **algorithmes** simples, afin de guider les professionnels de la santé dans leur utilisation de l'approche syndromique, pour

la prise en charge de sept syndromes. Cinq de ces algorithmes (pour l'écoulement vaginal, la douleur abdominale basse, l'ulcération génitale, le bubon inguinal et l'écoulement urétral) figurent dans le présent chapitre, adaptés au besoin en vue de leur application dans les structures de santé reproductive. D'autres algorithmes portant sur les IST/IAR pendant la grossesse sont présentés au Chapitre 9. L'approche syndromique est largement utilisée pour la prise en charge des IST/IAR. Les algorithmes peuvent changer d'un pays à l'autre, en fonction de la prévalence de la maladie, du coût des médicaments, et de la résistance aux antimicrobiens.

Tableau 8.1. L'approche syndromique – ses points forts et ses limites

Algorithme symdromique	Bien-fondé de leur utilisation
Les algorithmes syndromiques pour la prise en charge de l'**écoulement urétral** chez l'homme et des **ulcérations génitales** chez l'homme et chez la femme sont à la fois efficaces et pratiques.	Les infections à gonocoque et à chlamydia constituent des causes majeurs de l'écoulement urétral. La syphilis et le chancre mou constituent des causes majeures d'ulcérations génitales. Utilisés comme il convient, ces algorithmes permettent aux professionnels de la santé d'offrir un traitement hautement efficace aux patients symptomatiques. Ils sont simples, et peuvent être utilisés même dans les endroits reculés, à condition que les médicaments nécessaires soient disponibles. Tout aussi important, la prise en charge syndromique de ces problèmes permet de prévenir de nouveaux cas d'infection, en ce sens qu'elle offre un traitement curatif sans délai, contribuant ainsi à l'interruption de la chaîne de transmission de l'infection.
L'approche syndromique relative à la **douleur abdominale basse** chez la femme est largement utilisée, même dans les pays développés.	Les infections à gonocoque et à chlamydia constituent des causes majeures de la douleur abdominale basse chez la femme. Cette approche est conçue pour offrir un traitement efficace aux femmes ayant des symptômes indicateurs de maladie inflammatoire pelvienne. Les professionnels de la santé doivent bien savoir que certaines femmes prises en charge selon cet algorithme peuvent en réalité ne pas avoir de MIP (faussement positives). Le traitement est cependant justifié, en raison des conséquences graves – stérilité et grossesse ectopique – souvent engendrées par une MIP non traitée ou traitée insuffisamment tôt.

Suite à la page suivante

Tableau 8.1. L'approche syndromique – ses points forts et ses limites (suite)

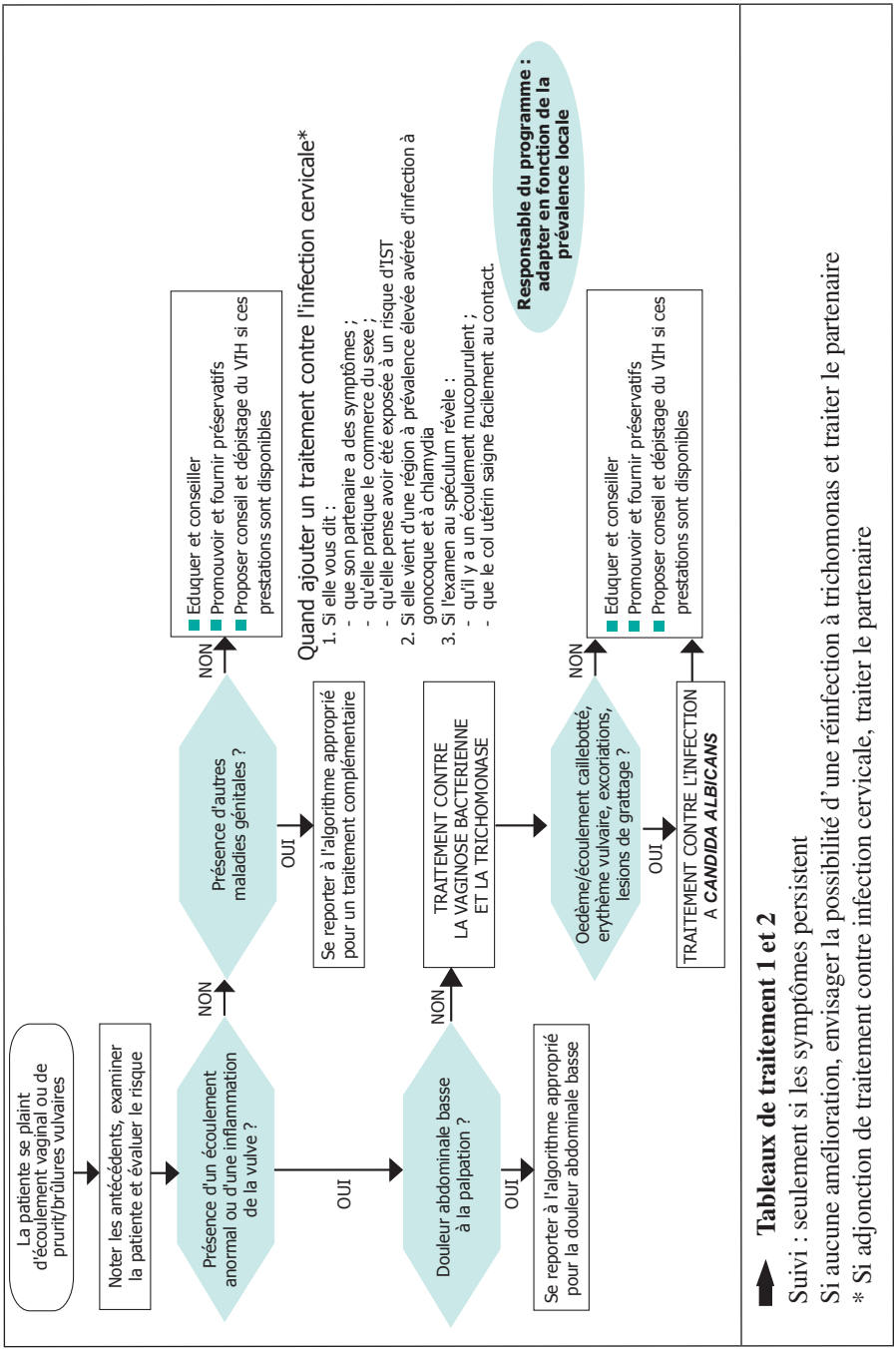
Les algorithmes syndromiques pour la prise en charge des femmes ayant des symptômes/ des signes d'**écoulement vaginal** marchent bien dans les cas d'infection vaginale, mais pas dans le cas d'infections cervicales.	L'infection vaginale (vaginose bactérienne, trichomonase ou candidose) constitue la principale cause de l'écoulement vaginal. Les algorithmes relatifs à l'écoulement vaginal ne sont pas conçus pour détecter les infections cervicales plus graves et souvent asymptomatiques. Actuellement, la détection précise d'une cervicite liée à une infection à gonocoque ou à chlamydia nécessite le recours à des tests de laboratoire onéreux, dont la plupart des établissements ne disposent pas (voir au Chapitre 3, les conseils sur la détection des infections cervicales). Dans certains cas exceptionnels, le traitement de l'infection cervicale est justifié.

PRISE EN CHARGE DES SYNDROMES COURANTS

Cette section présente les algorithmes pour la prise en charge de plusieurs syndromes courants. Une prise en charge réussie des IST/IAR comprend non seulement le traitement, mais également l'éducation du patient sur la façon d'éviter la réinfection ; et dans certains cas, elle inclut le traitement des partenaires sexuels. Pour concrétiser tout cela, les professionnels de la santé doivent bannir toute réprobation dans leur propre attitude, et se montrer respectueux à l'égard des patients. L'anamnèse, l'examen et le conseil doivent avoir lieu dans un cadre approprié, garantissant la vie privée et la confidentialité. Ces compétences cliniques de base sont passées en revue à l'Annexe 1.

L'éducation du patient et, parfois, le conseil plus approfondi sur la réduction du risque, constituent des volets essentiels. Bien que ces étapes ne figurent pas dans les algorithmes, il est capital de transmettre aux patients l'information pour la prévention des IST/IAR, la parfaite observance du traitement, et la prise en charge du partenaire s'il y a lieu. Le volet Prévention entrant dans la prise en charge des cas d'IST/IAR, et à aborder systématiquement face à tout(e) patient(e) symptomatique, est plus amplement développé à la fin du présent chapitre. L'éducation et le conseil sont traités de façon plus approfondie au Chapitre 4.

ALGORITHME 1. ÉCOULEMENT VAGINAL (CHEZ LES FEMMES NON ENCEINTES)



ÉCOULEMENT VAGINAL

Un **écoulement vaginal anormal** – anormal en termes de quantité, de couleur ou d'odeur – signalé spontanément par une patiente, est le plus couramment pathognomonique d'une infection vaginale ou **vaginite**. La transmission sexuelle n'est pas en cause dans le cas de l'écoulement vaginal dû à une vaginose bactérienne (prolifération de micro-organismes) ou à une candidose (Candida albicans), mais elle l'est très souvent dans le cas de la trichomonase (Trichomonas vaginalis). Beaucoup moins souvent, un écoulement vaginal peut être le résultat d'une **cervicite** mucopurulente liée à une infection à gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*) ou à chlamydia (*Chlamydia trachomatis*). La détection d'une infection cervicale chez la femme ayant ou non un écoulement vaginal est traitée au Chapitre 3.

Toutes les femmes présentant un écoulement vaginal anormal doivent être traitées pour une vaginose bactérienne ou une trichomonase. Un traitement supplémentaire contre la candidose est indiqué en présence de signes cliniques caractéristiques (écoulement visqueux, blanchâtre, inflammation/rougeur de la vulve et du vagin, démangeaisons). La candidose est une cause fréquente de vaginite pendant la grossesse ; un algorithme spécialement consacré à la prise en charge de l'écoulement vaginal chez la femme enceinte est exposé au Chapitre 9.

Tableau de traitement 1. Traitement recommandé contre l'infection vaginale

<table>
<tr><td colspan="4">▪ Traitement contre la vaginose bactérienne et la trichomonase
PLUS
▪ Traitement contre la candidose, si écoulement épais de couleur blanche, inflammation vulvo-vaginale, et démangeaisons</td></tr>
<tr><td>Couverture</td><td>Premier choix
Un des médicaments ci-dessous dans les cases BV/TV, ou un médicament dans chaque case, si suspicion de candidose</td><td>Autres médicaments hautement efficaces</td><td>Si la femme est enceinte ou allaitante, choisir un des médicaments ci-dessous dans les cases BV/TV, ou un médicament dans chaque case, si suspicion de candidose</td></tr>
<tr><td>Vaginose bactérienne</td><td rowspan="2">métronidazole[a] 2 g, par voie orale en dose unique, ou métronidazole[a] 400 ou 500 mg, par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours</td><td>clindamycine crème à 2 %, un applicateur entier (5 g), par voie intravaginale, au coucher, pendant 7 jours, ou clindamycine 300 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours</td><td rowspan="2">De préférence après le premier trimestre
métronidazole[a] 200 ou 250 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours, ou métronidazole[a] gel à 0,75 %, un applicateur entier (5 g) par voie intravaginale deux fois par jour pendant 5 jours, ou clindamycine 300 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours</td></tr>
<tr><td>Trichomonase</td><td>tinidazole[a] 2 g, par voie orale, en dose unique, ou tinidazole[a] 500 mg, par voie orale deux fois par jour pendant 5 jours.</td></tr>
</table>

Suite à la page suivante

Tableau de traitement 1. Traitement recommandé contre l'infection vaginale (suite)

Candidose	**miconazole** 200 mg ovule vaginal, un par jour pendant 3 jours, ou **clotrimazole**[b] 100 mg, comprimés vaginaux, deux par jour pendant 3 jours, ou **fluconazole** 150 mg comprimé oral en dose unique	**nystatine** 100 000 unité comprimé vaginal, 1 par jour pendant 14 jours	**miconazole** 200 mg suppositoire vaginal, un par jour pendant 3 jours, ou **clotrimazole**[b] 100 mg, comprimés vaginaux, deux par jour pendant 3 jours, ou **nystatine** 100 000 unité comprimé vaginal, 1 par jour pendant 14 jours

a. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole ou le tinidazole. Le métronidazole est déconseillé pendant le premier trimestre de la grossesse.

b. Le clotrimazole en dose unique (500 mg) disponible dans certains endroits est également efficace contre la candidose (CA).

INFECTION CERVICALE

Le traitement de l'infection cervicale sera donné en cas d'infection probable ou de risque élevé de complications (voir infections cervicales au Chapitre 3 et actes transcervicaux au Chapitre 2). Un traitement présomptif de l'infection cervicale sera ajouté au traitement de la vaginite, si, par exemple, le partenaire de la patiente a un écoulement urétral, ou si des signes d'infection cervicale (écoulement cervical mucopurulent ou saignement facile) sont constatés à l'examen au spéculum. Le Tableau de traitement 2 présente le traitement de l'infection cervicale.

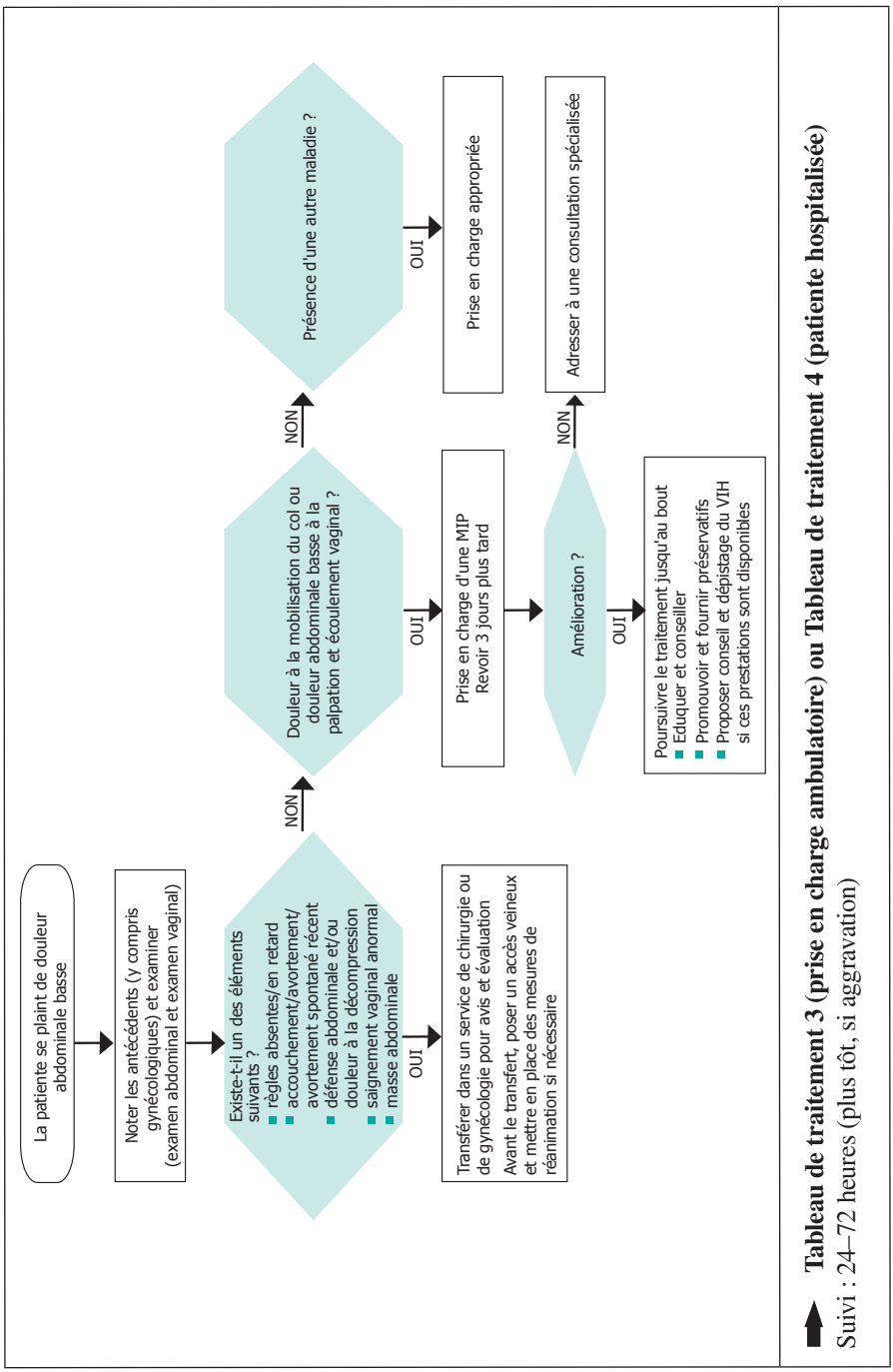
Tableau de traitement 2. Traitement recommandé contre l'infection cervicale

▪ Traitement de la **gonococcie** non compliquée **PLUS** ▪ Traitement de l'infection à **chlamydia**			
Couverture	**Premier choix** Choisir un médicament dans chaque case ci-dessous (2 médicaments)	**Autres médicaments hautement efficaces**	**Si la femme est enceinte, allaitante, ou âgée de moins de 16 ans** Choisir un médicament dans chaque case ci-dessous (soit au total 2 médicaments
Gonococcie	**céfixime** 400 mg, par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125 mg, en injection intramusculaire	**ciprofloxacine**[a,b] 500 mg par voie orale en dose unique, ou **spectinomycine** 2 g en injection intramusculaire	**céfixime** 400 mg, par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125 mg, en injection intramusculaire
Infection à chlamydia	**azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique, ou **doxycycline**[a] 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours	**ofloxacine** [a,b,c] 300 mg par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours, ou **tétracycline**[a] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours, ou **erythromycine** 500 mg par voie orale 4 fois par jours pendant 7 jours	**erythromycine**[d] 500 mg par voie orale 4 fois par jours pendant 7 jours, ou **azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique, ou **amoxycilline** 500 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours

a. La doxycycline, les tétracyclines, la ciprofloxacine, la norfloxacine et l'ofloxacine sont déconseillées pendant la grossesse et en période d'allaitement.
b. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.
c. L'ofloxacine prescrite pour traiter une infection à chlamydia soigne également la gonococcie.
d. L'erythromycine sous forme d'estolate est contre-indiquée pendant la grossesse en raison de son hépatotoxicité ; en conséquence, seuls l'érythromycine base ou l'éthylsuccinate d'érythromycine seront employés.

Se reporter à l'Annexe 4 pour de plus amples informations sur les autres protocoles thérapeutiques concernant la gonococcie.

ALGORITHME 2. DOULEUR ABDOMINALE BASSE (CHEZ LA FEMME)



DOULEUR ABDOMINALE BASSE

Toute femme sexuellement active présentant une douleur abdominale basse doit être attentivement examinée, à la recherche de signes de maladie inflammatoire pelvienne. En outre, un examen abdominal et un examen bimanuel seront systématiquement réalisés, lorsque cela est possible, chez les femmes ayant d'autres symptômes d'atteinte des voies génitales, du fait que certaines femmes ayant une MIP n'ont pas de douleur abdominale basse. Les symptômes évocateurs de MIP sont notamment les suivants : douleur abdominale basse, douleur pendant les rapports sexuels (dyspareunie), saignement après les rapports ou entre les règles, et douleur associée aux règles (s'il s'agit d'un symptôme nouveau). L'écoulement vaginal, la douleur à la miction (dysurie), la fièvre, les nausées et les vomissements sont des symptômes également possibles.

Les manifestations cliniques de MIP sont variées et peuvent être minimes. Chez la femme, une douleur abdominale basse, des douleurs utérines ou une douleur annexielle à la palpation, des notions d'infection des voies génitales basses, et une sensibilité du col à la mobilisation, signent très probablement une MIP. Il peut y avoir également présence d'une hypertrophie ou d'une induration de l'une ou des deux trompes de Fallope, d'une masse pelvienne sensible, et une hyperesthésie directe ou à la décompression. La température de la patiente peut être élevée, mais elle est souvent normale.

En raison de la gravité des conséquences de la MIP, les professionnels de la santé doivent être très attentifs à cette éventualité et **traiter tous les cas présumés**. Le traitement sera mis en route tout de suite après le diagnostic présomptif, car la prévention des complications à long terme marche mieux si des antibiotiques sont administrés immédiatement.

Les agents étiologiques de la MIP sont notamment *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et les bactéries anaérobies, les bactéries Gram-négatives facultatives, et les streptocoques. Dans la mesure où la distinction clinique de ces agents est impossible et où le diagnostic microbiologique précis est difficile, le protocole thérapeutique doit être efficace contre ce très large spectre d'agents pathogènes. Plusieurs protocoles thérapeutiques recommandés sont présentés au Tableaux de traitement 3 et 4.

Le partenaire de personnes ayant une MIP doivent recevoir un traitement contre des infection à gonocoque et à chlamydia (se reporter au Tableau de traitement 8).

Note : d'autres causes de la douleur abdominale basses doivent être envisagées – par exemple, une appendicite aiguë, une infection urinaire, une grossesse ectopique – et le recueil des antécédents ainsi que l'examen clinique permettront d'écarter les autres causes.

Tableau de traitement 3. Traitement recommandé pour la prise en charge ambulatoire de la MIP

▪ Traitement en dose unique de la **gonococcie** **PLUS** ▪ Traitement en dose unique ou en doses multiples de l'infection à **chlamydia** **PLUS** ▪ Traitement des infections à **bactéries anaérobies**.	
Couverture	**Choisir un médicament dans chacune des cases** (= 3 médicaments)
Gonocoques	**ceftriaxone** 250 mg en injection intramusculaire, ou **céfixime** 400 mg par voie orale en dose unique **ciprofloxacine**[a] 500 mg par voie orale en dose unique, ou **spectinomycine** 2 g en injection intramusculaire
Chlamydia	**doxycycline**[b] 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 14 jours, ou **tétracycline**[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours
Bactéries anaérobies	**métronidazole**[c] 400–500 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 14 jours

a. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.

b. Ces médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante. La MIP est peu fréquente pendant la grossesse – se reporter au Chapitre 9, pour les recommandations sur la prise en charge de l'endométrite et des infections liés à la grossesse et au post-partum.

c. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole ou le tinidazole. Le métronidazole est déconseillé pendant le premier trimestre de la grossesse.

Note : L'hospitalisation des patientes souffrant d'une salpingite aiguë sera sérieusement envisagée dans les cas suivants :

- une urgence chirurgicale, telle qu'appendicite ou grossesse ectopique, ne peut être exclue ;
- suspicion d'abcès pelvien ;
- la gravité de la maladie exclut la prise en charge en ambulatoire ;
- grossesse ;
- la patiente est une adolescente ;
- impossibilité pour la patiente de suivre ou de tolérer un traitement ambulatoire ; ou
- echec du traitement ambulatoire.

Tableau de traitement 4. Traitement recommandé de la MIP pour la patiente hospitalisée

<table>
<tr><td colspan="4">▪ Traitement de la gonococcie
PLUS
▪ Traitement de l'infection à chlamydia
PLUS
▪ Traitement des infections à bactéries anaérobies</td></tr>
<tr><td>Couverture</td><td>Option 1
Choisir un médicament dans chaque case ci-dessous (= 3 médicaments), et ensuite passer au traitement oral ambulatoire recommandé.</td><td>Option 2
Donner les deux médicaments, et passer au traitement oral ambulatoire ci-dessous.</td><td>Option 3
Couramment disponible.
Donner les 3 médicaments, plus le traitement oral ambulatoire ci-dessous.</td></tr>
<tr><td>Gonocoques</td><td>ceftriaxone 250 mg en injection intramusculaire, une fois par jour ou
ciprofloxacin[a] 500 mg par voie orale en dose unique, ou
spectinomycine 2 g en injection intramusculaire</td><td rowspan="3">gentamicine
1,5 mg/kg de poids corporel, en injection intraveineuse toutes les 8 heures,
PLUS
clindamycine
900 mg en injection intraveineuse toutes les 8 heures</td><td rowspan="3">ampicilline
2 g en injection intraveineuse ou intramusculaire toutes les 8 heures, puis 1 g toutes les 6 heures
PLUS
gentamicine
80 mg en injection intramusculaire toutes les 8 heures
PLUS
métronidazole
500 mg ou 100 ml en perfusion (par voie intraveineuse) toutes les 8 heures</td></tr>
<tr><td>Chlamydia</td><td>doxycycline[b,c] 100 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou
tétracycline[c] 500 mg par voie orale 4 fois par jour</td></tr>
<tr><td>Bactéries anaérobies</td><td>métronidazole 400–500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou
chloramphénicol[c] 500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 4 fois par jour</td></tr>
</table>

Suite à la page suivante

Tableau de traitement 4. Traitement recommandé de la MIP pour la patiente hospitalisée (suite)

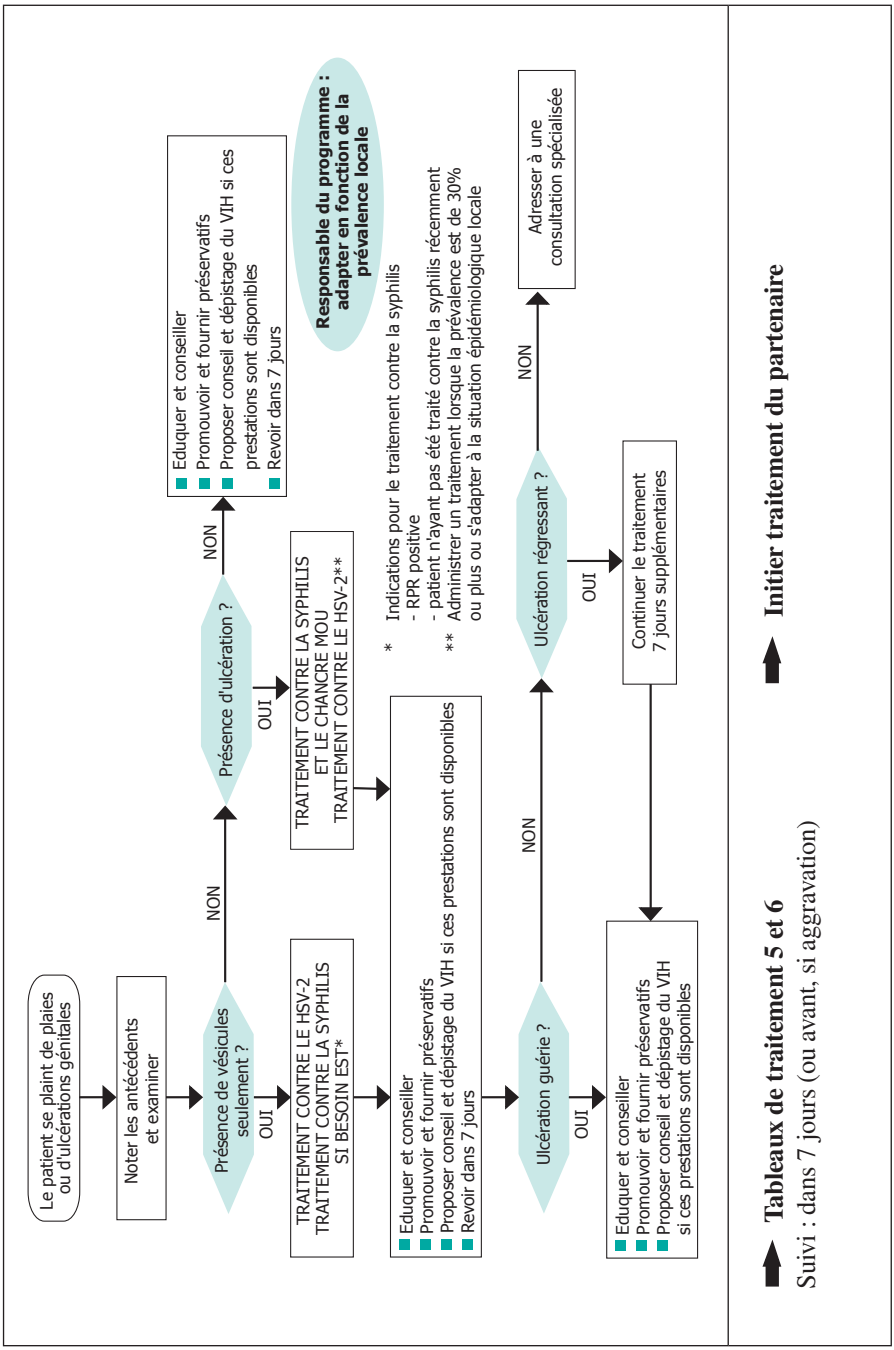
Concernant ces trois protocoles thérapeutiques, le traitement sera poursuivi pendant au moins 2 jours après l'amélioration du patient, et sera suivi par l'un des traitements oraux suivants pendant 14 jours:
doxycycline[c] 100 mg par voie orale deux fois par jour, ou
tétracycline[c] 500 mg par voie orale 4 fois par jour

a. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du sud-est.
b. Les injections de doxycycline en intraveineuse sont douloureuses. La voie intraveineuse n'a aucun avantage supplémentaire par rapport à la voie orale, si la patiente est en mesure de prendre les médicaments per os (par la bouche).
c. Ces médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante. La MIP est peu fréquente pendant la grossesse – se reporter au Chapitre 9, pour les recommandations sur la prise en charge de l'endométrite et des infections connexes pendant la grossesse et le post-partum.

Suivi

Une patiente vue en ambulatoire souffrant d'une MIP sera revue au plus tard 72 heures après l'instauration du traitement (24 heures après, en cas de fièvre), et admise à l'hôpital si son état ne s'est pas amélioré. Une régression très nette des signes cliniques doit être constatée dans les trois jours qui suivent la mise en route du traitement (absence de fièvre, atténuation de la sensibilité abdominale à la palpation, des douleurs utérines et annexielles à la palpation, et de la sensibilité du col à la mobilisation). Une patiente dont l'état ne s'améliore pas sur cette période, devra peut-être être hospitalisée, subir des tests supplémentaires à visée diagnostique ou une intervention chirurgical.

ALGORITHME 3. ULCÉRATION GÉNITALE (CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME)



ULCÉRATION GÉNITALE

Le profile épidémiologique de l'ulcération génitale varie d'une région du monde à l'autre, mais l'herpès génital, le chancre mou et la syphilis sont les plus courants. Le diagnostic différentiel des ulcérations génitales reposant sur les signes cliniques est imprécis, en particulier là où plusieurs types d'ulcérations génitales sont courants. Les manifestions et tableaux cliniques de l'ulcération génitale peuvent être différents chez les personnes infectées par le VIH.

Si l'examen confirme la présence d'ulcérations génitales, on donnera un traitement en tenant compte des causes locales. Par exemple, dans les régions où à la fois la syphilis et le chancre mou sont fréquents, le patient ayant des ulcérations génitales sera traité pour les deux affections à sa première consultation ; au cas où il ne reviendrait pas, il aura ainsi tout de même eu un traitement adéquat. Dans les régions où le granulome inguinal (donovanose) est fréquent, on ajoutera le traitement de cette affection. Dans de nombreuses régions du monde, l'herpès génital est devenu la cause la plus fréquente d'ulcération génitale. Là où l'infection à VIH est fréquente, le virus de l'herpès simplex est probablement à l'origine de l'augmentation des cas d'ulcération génitale. Les ulcérations herpétiques (et les IST causant des ulcérations en général) chez les patients infectés par le VIH peuvent être atypiques et persistent longtemps. Bien qu'il n'existe aucun traitement curatif définitif contre le HSV-2, le traitement par les médicaments antirétroviraux, tels que l'acyclovir, peut raccourcir la durée des épisodes symptomatiques/des phases actives de la maladie et réduire le risque de transmission. Dans les endroits du monde où ces médicaments sont rares, le traitement sera réservé aux patients souffrant d'un herpès grave dû au virus HSV-2 ou d'un zona (herpes zoster), l'un et l'autre étant souvent associés à l'infection à VIH (voir l'Encadré 8.1).

Le diagnostic différentiel des ulcérations génitales au moyen des analyses de laboratoire est rarement utile lors de la première visite, pouvant même prêter à erreur. Dans les régions où la prévalence de la syphilis est élevée, une personne peut présenter une sérologie syphilitique positive, traduction d'une infection passée, alors que la cause de l'ulcération est en réalité le chancre mou ou l'herpès.

PRISE EN CHARGE DE L'ULCÉRATION GÉNITALE

- Traiter la syphilis et le chancre mou.
- Assurer la prise en charge de l'herpès génital, notamment le traitement de l'herpès dû au virus HSV-2, là où la prévalence de ce virus est de 30 % ou plus.
- En fonction des profils épidémiologiques locaux, ajouter le traitement du granulome inguinal (donovanose) et/ou de la lymphogranulomatose vénérienne.
- Expliquer en quoi consistent les soins de base de la lésion (la maintenir propre et sèche).
- Aspirer les ganglions fluctuants (éviter l'incision).

- Assurer l'information et le conseil sur l'observance du traitement et la réduction du risque.
- Assurer la promotion du préservatif et la fourniture de cet article.
- Proposer le test sérologique de dépistage du VIH, si les moyens appropriés pour le réaliser de même que le conseil sont disponibles.
- Conseiller au patient de revenir dans 7 jours, si la lésion n'est pas complètement guérie, et plus tôt en cas d'aggravation des manifestations cliniques.
- Apporter un soutien pour faire en sorte que le ou la partenaire se fasse également traiter.

Tableau de traitement 5. Traitement recommandé des ulcérations génitales

▪ Traitement en dose unique de la **syphilis** **PLUS** ▪ Traitement en dose unique ou en plusieurs doses du **chancre mou**			
Couverture	**Premier choix** Choisir un médicament dans chaque case (= 2 médicaments)	**Autres médicaments hautement efficaces**	**Si le/la patient(e) est âgé(e) de moins de 16 ans, ou est une femme enceinte ou allaitante,** choisir un médicament dans chaque case ci-dessous (= 2 médicaments)
Syphilis	**benzathine pénicilline** 2,4 millions d'unités en une seule injection intramusculaire **Note:** pour les patients dont le test syphilis est positif, en l'absence d'ulcération, administrer la même dose 3 fois à raison d'une injection par semaine pendant 3 semaines	**doxycycline**[c] par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours, ou **tétracycline**[c] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours	**benzathine pénicilline** 2,4 millions d'unités en une seule injection intramusculaire, ou **érythromycine**[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 15 jours

Suite à la page suivante

Tableau de traitement 5. Traitement recommandé des ulcérations génitales (suite)

<table>
<tr><td>Chancre mou</td><td>ciprofloxacine[a] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours, ou azithromycine 1 g par voie orale en dose unique, ou érythromycine[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours</td><td>ceftriaxone 250 mg en une seule injection intramusculaire</td><td>érythromycine[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours, ou azithromycine 1 g par voie orale en dose unique, ou ceftriaxone 250 mg en une seule injection intramusculaire</td></tr>
<tr><td colspan="4">Traitement additionnel de l’herpès à virus HSV-2 là où ce virus est courant (voir Algorithme 3)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Herpès génital</td><td>Primo-infection
acyclovir[c] 200 mg par voie orale 5 fois par jour pendant 7 jours, ou acyclovir[c] 400 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours</td><td>Primo-infection
famciclovir[c] 250 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours, ou valaciclovir[c] 1 g 2 fois par jour pendant 7 jours</td><td rowspan="2">Utiliser l’acyclovir uniquement si les avantages potentiels l’emportent sur le risque (voir Annexe 4). La posologie est la même que pour la primo-infection.</td></tr>
<tr><td>Récidive
acyclovir[c] 200 mg par voie orale 5 fois par jour pendant 5 jours, ou acyclovir[c] 400 mg par voie orale 3 fois par jours pendant 5 jours</td><td>Récidive
famciclovir[c] 125 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 5 jours, ou valaciclovir[c] 500 mg 2 fois par jour pendant 5 jours</td></tr>
</table>

a. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l’OMS du Pacifique occidental et de l’Asie du sud-est.

b. L’érythromycine sous forme d’estolate est contre-indiquée pendant la grossesse en raison de son hépatotoxicité ; seuls l’érythromycine base ou l’éthylsuccinate d’érythromycine seront employés.

c. Ces médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.

Voir le Tableau de traitement 6 pour le traitement additionnel des ulcérations génitales qui peut être nécessaire dans certaines régions.

Tableau de traitement 6. Traitement additionnel recommandé des ulcérations génitales

Dans les régions où la **granulome inguinal** ou encore la **lymphogranulomatose vénérienne** sont des causes importantes d'ulcérations génitales, les traitements suivants peuvent être ajoutés (ou bien, dans certains cas, les traitements indiqués au tableau 5 peuvent être choisis pour couvrir ces infections)			
Couverture	**Premier choix**	**Autres médicaments hautement efficaces**	**Si la patiente est enceinte, allaitante ou âgée de moins de 16 ans**
Granulome inguinal (donovanose) le traitement sera poursuivi jusqu'à épithélialisation complète des lésions	**azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique, puis 500 mg une fois par jour, ou **doxycycline**[a] 100 mg par voie orale 2 fois par jour	**erythromycine**[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour, ou **tétracycline**[a] 500 mg par voie orale 4 fois par jour, ou **triméthoprime** (80 mg) **sulfaméthoxazole** (400 mg), 2 comprimés par voie orale 2 fois par jour	**azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique, ou **erythromycine**[b] **500 mg par voie orale 4 fois par jour**
Lymphogranulomatose vénérienne	**doxycycline**[a] 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours, ou **erythromycine**[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours	**tétracycline**[a] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours	**erythromycine**[b] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 4 jours

a. Ces médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.
b. L'érythromycine sous forme d'estolate est contre-indiquée pendant la grossesse en raison de son hépatotoxicité ; seuls l'érythromycine base ou l'éthylsuccinate d'érythromycine seront employés.

Encadré 8.1. Ulcérations génitales et infection à VIH

Les ulcérations génitales facilitent davantage que les autres IST/IAR la transmission du VIH. Le chancre mou, l'herpès génital et la syphilis sont fréquents là où la prévalence du VIH est élevée, et la lutte contre ces infections constitue une composante importante de la prévention du VIH.

La présence de l'infection à VIH peut également modifier la présentation des ulcérations génitales, rendant le diagnostic clinique plus difficile. Les lésions de la syphilis primaire et secondaire peuvent être atypiques. Les lésions dues au chancre mou peuvent être plus étendues, et des lésions rapidement agressives ont été constatées. Ceci ajoute à la nécessité d'un traitement précoce, en particulier chez les personnes infectées par le VIH. Le traitement des ulcérations génitales est le même pour les patients séropositifs que pour les séronégatifs. Tous les patients seront revus une semaine après la mise en route du traitement, et le traitement sera poursuivi en l'absence de signes d'amélioration apparents.

Les lésions de l'herpès simplex peuvent consister en ulcérations multiples persistantes qui nécessitent une prise en charge médicale attentive. Le traitement antiviral peut atténuer les symptômes. La nature et le but du traitement doivent être convenablement expliqués au patient afin de ne pas générer de faux espoirs de guérison.

ALGORITHME 4. LE BUBON INGUINAL (CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME)

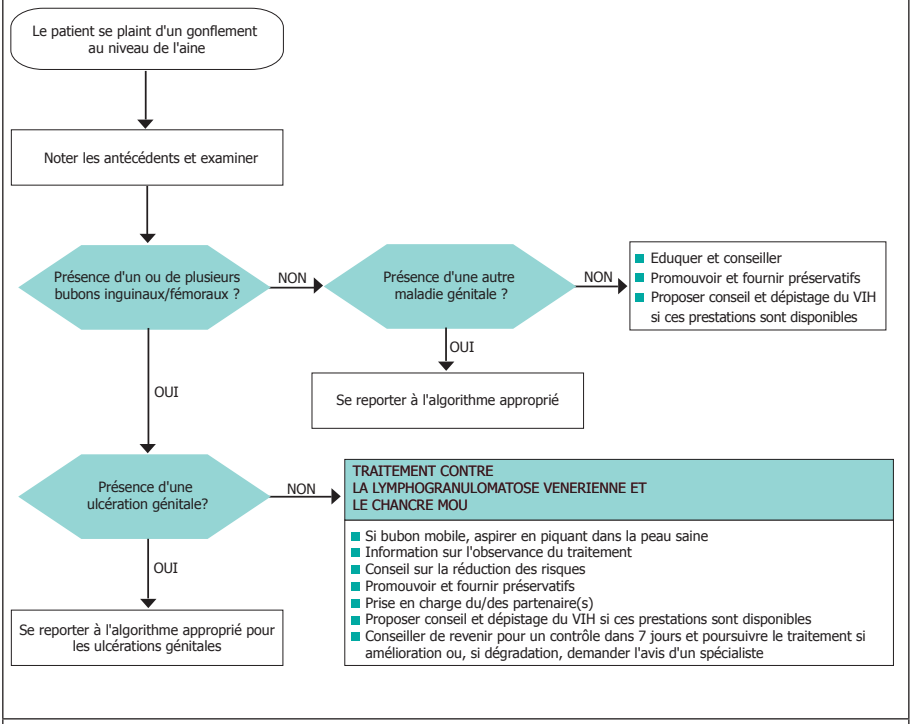


Tableau de traitement 7

BUBON INGUINAL

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des ganglions lymphatiques localement hypertrophiés palpables dans la région de l'aine, douloureux et éventuellement mobiles (mous, comme liquidiens). Un bubon qui se rompt prend l'aspect d'une ulcération au niveau de l'aine. Le bubon est fréquemment associé à la lymphogranulomatose vénérienne et au chancre mou. La plupart du temps, quand il y a un chancre mou, il y a également une ulcération génitale visible, mais les ulcérations à l'intérieur du vagin de la femme peuvent passer inaperçues. Là où le granulome inguinal (donovanose) est fréquent, il peut également être considéré comme la cause d'un bubon inguinal.

Il convient de toujours se référer au tableau et à l'algorithme relatifs au traitement et à la prise en charge de l'ulcération génitale, lorsqu'on constate la présence concomitante d'un bubon inguinal et d'une ulcération génitale. Le Tableau de traitement 7s'applique aux patients ayant un bubon inguinal, mais sans ulcération génitale. Des infections systémiques et locales qui ne sont pas sexuellement transmissibles (par exemple les infections du membre inférieur) peuvent aussi être à l'origine d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques inguinaux.

Tableau de traitement 7. Traitement recommandé du bubon inguinal

▪ Traitement en dose unique ou en doses multiples du **chancre mou** **PLUS** ▪ Traitement en doses multiples de la **lymphogranulomatose vénérienne (LGV)**			
Couverture	**Premier choix** Choisir un médicament dans chaque case ci-dessous (= 2 médicaments)	**Autres médicaments hautement efficaces**	**Si la patiente est enceinte, allaitante ou âgée de moins de 16 ans**
Chancre mou	**ciprofloxacine**[a,b] 500 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 3 jours, ou **erythromycine**[c] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours	**azithromycine** 1 g, par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 250 mg en une seule injection intramusculaire	**erythromycine**[c] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours (couvre à la fois le chancre mou et le LGV)
LGV	**doxycycline**[a] 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours	**tétracycline**[a] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours	

a. Ces médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.
b. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental
c. L'érythromycine sous forme d'estolate est contre-indiquée pendant la grossesse en raison de son hépatotoxicité ; seuls l'érythromycine base ou l'éthylsuccinate d'érythromycine seront employés.

Note : Dans certains cas, le traitement doit se poursuivre au-delà des 14 jours recommandés. Les ganglions lymphatiques mobiles seront aspirés en piquant l'aiguille dans une zone de peau saine. L'incision et le drainage ou l'excision des ganglions risquent de retarder la guérison ; en conséquence, ne pas tenter ce type d'intervention.

ALGORITHME 5 ÉCOULEMENT URÉTRAL CHEZ L'HOMME

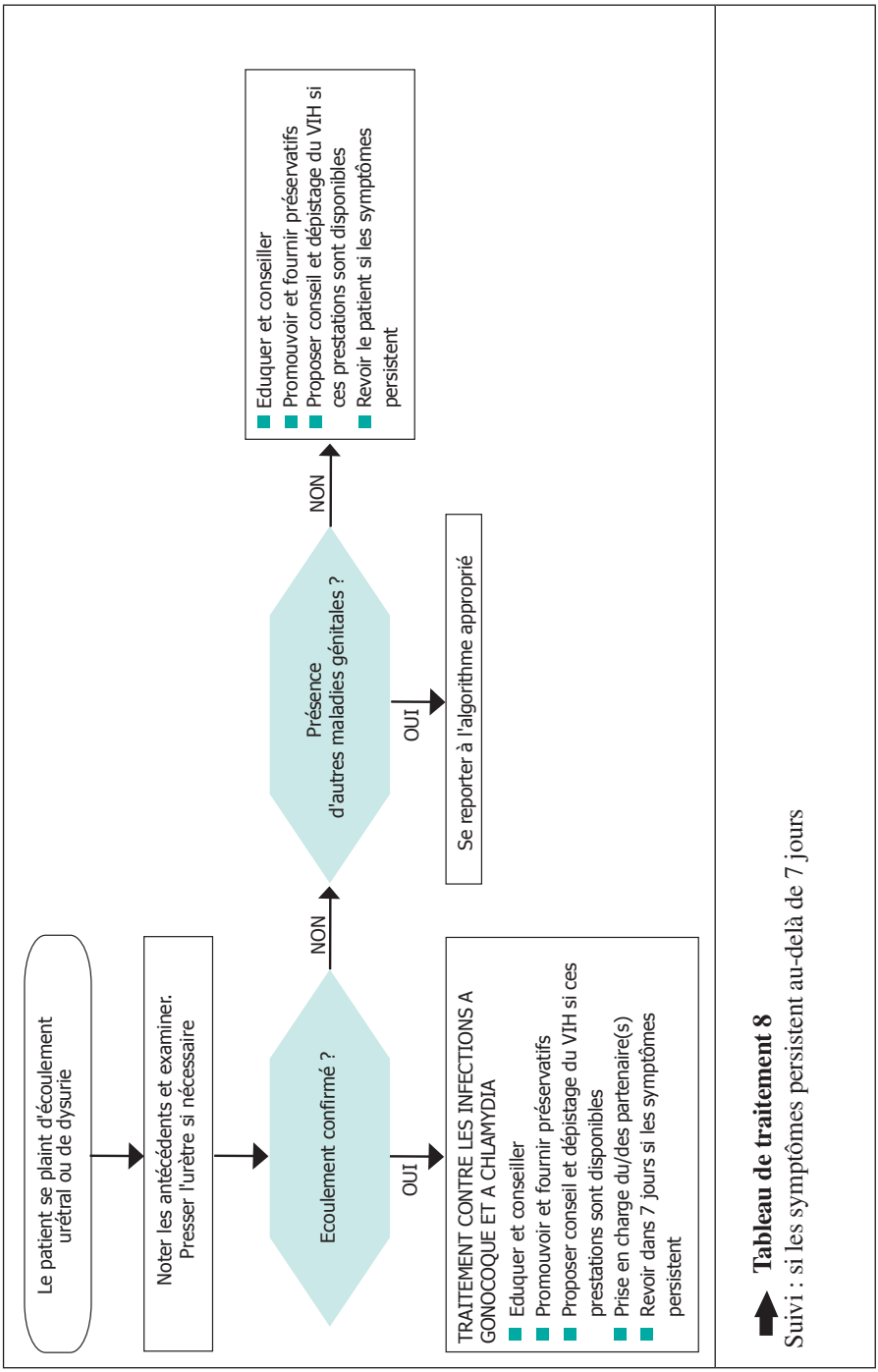


Tableau de traitement 8

Suivi : si les symptômes persistent au-delà de 7 jours

ÉCOULEMENT URÉTRAL

Le patient qui se plaint d'un écoulement urétral ou de douleurs à la miction doit être examiné afin de constater la présence de l'écoulement. En l'absence d'écoulement visible, on massera délicatement l'urètre depuis la base du pénis jusqu'au méat pour exprimer les sécrétions. Il est parfois difficile de confirmer la présence d'un écoulement, en particulier si l'homme vient d'uriner, et un traitement sera envisagé si les symptômes évoquent une infection.

Les principaux agents pathogènes à l'origine de l'écoulement urétral sont *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*. Dans le cadre de la prise en charge syndromique, le traitement du patient ayant un écoulement urétral doit couvrir ces deux micro-organismes. Lorsqu'on dispose de moyens de laboratoire fiables, on peut affiner le diagnostic et instituer un traitement spécifique. On conseillera au patient de revenir, si les symptômes persistent 7 jours après la mise en route du traitement.

Tous les partenaires sexuels des deux mois précédents seront traités. Il y a là une occasion de traiter des femmes asymptomatiques susceptibles d'être porteuses d'une infection à gonocoque ou à chlamydia. Les partenaires féminines seront traitées comme pour une infection cervicale (Tableau de traitement 2).

Tableau de traitement 8. Traitement recommandé de l'écoulement urétral (hommes uniquement)

▪ Traitement de la **gonococcie** compliquée **PLUS** ▪ Traitement de l'infection à **chlamydia**		
Couverture	**Premier choix** Choisir un médicament dans chaque case ci-dessous (= 2 médicaments)	**Autres médicaments hautement efficaces**
Gonococcie	**céfixime** 400 mg par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125 mg en injection intramusculaire	**ciprofloxacine**[a] 500 mg par voie orale en dose unique, ou **spectinomycine** 2 g en injection intramusculaire
Chlamydia	**azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique, ou **doxycycline** 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours	**ofloxacine**[a,b] 300 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours, ou **tétracycline** 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours, ou **erythromycine** 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours

a. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.

b. L'ofloxacine, employée comme indiqué pour le traitement de l'infection à chlamydia, couvre également l'infection à gonocoque.

L'épididymite est une complication peu fréquente d'une infection urétrale non traitée. Les symptômes en sont l'apparition soudaine d'une douleur et d'une inflammation testiculaires unilatérales (le diagnostic différentiel est la torsion testiculaire, qui doit être écartée et qui constitue une urgence).

Chez l'homme de moins de 35 ans, la **tuméfaction du scrotum** est habituellement une complication d'IAR, et peut être traitée de la même façon que l'écoulement urétral. Il est important d'avoir conscience du fait que la tuméfaction du scrotum peut être due à d'autres causes et qu'elle constitue une urgence. Si le patient signale des antécédents de traumatisme, ou si le testicule semble surélevé ou s'il y a rotation testiculaire, orienter immédiatement vers un chirurgien.

PRISE EN CHARGE DES AUTRES IST/IAR

Les autres IST/IAR courantes sont notamment les condylomes ano-génitaux, et les infestations – poux du pubis et gale. Les traitements disponibles pour ces affections sont présentés au Tableau de traitement 9 et au Tableaux de traitement 10. Se reporter au *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* (Genève, OMS, 2001) pour de plus amples informations concernant la prise en charge de ces affections et celle d'autres syndromes.

Tableau de traitement 9. Traitement conseillé des condylomes ano-génitaux

Application par le patient[a]	Application par le professionnel de la santé
podophyllotoxine[b] en solution ou gel à 0,5 % ; appliquer à l'aide d'un coton tige 2 fois par jour pendant 3 jours, puis arrêter le traitement pendant 4 jours. Le cycle peut être répété jusqu'à 4 fois. Le volume total de podophyllotoxine ne doit pas dépasser 0,5 ml par jour	**podophylline**[b] 10–25 % dans la teinture de benjoin ; appliquer délicatement sur les condylomes en évitant les tissus normaux. Les condylomes génitaux et ano-génitaux externes seront lavés soigneusement 1–4 heures après l'application de podophylline. On laissera sécher la podophylline appliquée sur les condylomes présents sur les surfaces épithéliales vaginales et anales, avant de retirer le spéculum. Le traitement sera répété à intervalle d'une semaine
imiquimod[b] en crème à 5 %, appliquée au doigt au moment du coucher ; laisser en contact une nuit, 3 fois par semaine pendant 16 semaines. (La zone traitée doit être lavée au savon et à l'eau 6–10 heures après l'application.	**acide trichloracétique** (ATC) (80–90 %) ; appliquer soigneusement sur les condylomes en évitant les tissus normaux, puis saupoudrer la zone traitée de talc ou de bicarbonate de sodium pour éliminer l'acide qui n'a pas réagi. Renouveler l'application à intervalle d'une semaine.

a. « Application par le patient » : signifie que le patient s'applique lui-même le produit sur les condylomes ano-génitaux externes à portée de vue et de mains. La première fois le traitement doit être appliqué par le prestataire.

b. Ne pas utiliser pendant la grossesse.

Le traitement des condylomes peut également faire appel à la cryothérapie, à l'électrochirurgie, ou à l'exérèse chirurgicale. Le choix de la méthode dépendra des moyens disponibles et de la localisation des condylomes. Avec l'ensemble des méthodes chimiques, veiller à bien protéger les tissus sains. La prise en charge des condylomes cervicaux nécessite la consultation chez un spécialiste qui demandera divers examens (dont le test de Papanicolaou) à la recherche d'une dysplasie cervicale. Prévenir les patients que les condylomes réapparaissent souvent même après traitement.

Tableau de traitement 10. Traitement recommandé contre la gale et le pou du pubis

Gale	Pou du pubis
lindane[a] en lotion ou crème à 1 %, appliqué en couche fine sur toutes les parties du corps du cou jusqu'aux pieds ; laver soigneusement 8 heures plus tard. Une résistance au lindane a été signalée dans certaines régions	**lindane**[a] en lotion ou en crème à 1 % ; appliquer délicatement mais soigneusement sur toutes les zones infestées et les zones pileuses voisines ; lavage 8 heures plus tard ; on peut aussi utiliser le lindane à 1 % sous forme de shampoing : laisser posé pendant 4 minutes, et rincer abondamment.
benzoate de benzyle en lotion à 25 %, appliqué sur l'ensemble du corps du cou jusqu'aux pieds, toute la nuit pendant 2 nuits ; le patient peut prendre un bain avant de renouveler l'application du produit, et doit prendre un bain 24 heures après la dernière application	**pyréthrines** et **butoxide de pipéronyle** : appliquer sur les zones infestées et les zones pileuses voisines, et rincer 10 minutes plus tard ; le re-traitement est indiqué 7 jours plus tard, si l'on observe des poux ou des lentes à la base des poils
perméthrine crème à 5 %, appliqué sur l'ensemble du corps du cou jusqu'aux pieds, toute la nuit pendant 3 nuits ; le patient peut prendre un bain avant de renouveler l'application du produit, et doit prendre un bain 24 heures après la dernière application	**permethrine** à 1 %, comme ci-dessus
crotamiton lotion à 10 %, appliqué sur l'ensemble du corps du cou jusqu'aux pieds, toute la nuit pendant 2 nuits ; lavage 24 heures après la deuxième application ; dans certaines zones géographiques, il peut être nécessaire de porter le traitement à 5 nuits (crotamiton présente l'avantage d'avoir une action antiprurigineuse)	
soufre à 6 % dans la vaseline, appliqué sur l'ensemble du corps du cou jusqu'aux pieds, toute la nuit pendant 3 nuits ; le patient peut prendre un bain avant de renouveler l'application du produit, et doit prendre un bain 24 heures après la dernière application	

a. Le lindane n'est pas recommandé chez la femme enceinte ou allaitante

La gale et le pou du pubis se transmettent aisément entre partenaires sexuels. Ils se transmettent souvent autrement – par contact avec des draps et des couvertures infestés (contage), ou contact physique direct – ; il faut donc veiller à ne pas stigmatiser les patients. Dans le cas de personnes vivant à l'étroit, le traitement de l'ensemble du foyer est conseillé. Linge, draps, couvertures et serviettes seront lavés, de préférence à l'eau très chaude ; cette opération sera suivi d'un séchage complet.

PRISE EN CHARGE DES CAS D'IST ET PREVENTION DES NOUVELLES INFECTIONS

Bon nombre des affections ci-dessus sont sexuellement transmissibles, et des mesures supplémentaires s'imposent pour garantir l'efficacité de la prise en charge. La prise en charge rapide et efficace d'une IST réduit le risque de complications pour la personne concernée, et évite l'apparition de nouveaux cas dans la communauté.

La prise en charge des cas d'IST englobe plus que le diagnostic et le traitement. La prescription d'un traitement correct contre une IST n'empêche pas l'échec thérapeutique ni la réinfection, phénomènes fréquemment observés. Certaines personnes cessent de prendre leurs médicaments dès qu'elles commencent à aller mieux, ou bien elles n'ont pas fait en sorte que leurs partenaires sexuels puissent être traités également ; ou encore elles n'utilisent pas le préservatif ou ne s'abstiennent pas de rapports sexuels pendant le traitement. La pharmaco-résistance peut également expliquer un échec thérapeutique. La bonne prise en charge des IST est celle qui gère également ces aspects.

OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Si l'on veut que le traitement d'une IST soit efficace, il faut prendre l'intégralité de la dose curative (ceci vaut également pour les IAR non sexuellement transmissibles). Les protocoles en dose unique ont donc un avantage important sur les schémas multidoses qui doivent être pris sur plusieurs jours. Lorsqu'un traitement en dose unique n'est pas disponible, il appartient au professionnel de la santé d'expliquer au patient pourquoi ce dernier a tout intérêt à se conformer strictement à la prescription. Il faut convaincre les patients d'aller jusqu'au bout de leur traitement même s'ils se sentent mieux quelques jours après sa mise en route. Déconseiller formellement au patient de donner ses médicaments à une autre personne, ou d'en garder pour plus tard. Conseiller aux pharmaciens locaux de ne pas vendre une partie seulement des doses d'antibiotiques aux patients n'ayant pas les moyens d'en acheter la totalité. Si le dispensaire n'offre pas la gratuité des traitements, essayer de trouver des solutions pour les patients qui ne peuvent pas s'acheter les médicaments dont ils ont besoin.

Conseiller au patient d'éviter les rapports sexuels non protégés tant que le traitement (le sien et celui du partenaire) n'est pas totalement terminé, et que les symptômes n'ont pas complètement disparu. Si c'est un traitement en dose unique qui lui a été prescrit, le patient devra attendre une semaine. Ci-après quelques conseils supplémentaires relatifs à des syndromes spécifiques :

- Les patients présentant des ulcérations seront réexaminés une fois par semaine et conseillés d'attendre la guérison complète (ré-épithialisation) des ulcérations avant de reprendre l'activité sexuelle.
- Les femmes traitées pour une MIP devraient éviter les rapports sexuels pendant le traitement ou bien, utiliser le préservatif systématiquement.
- Les femmes traitées pour une vaginose bactérienne ou une candidose peuvent avoir de nouveau des rapports sexuels dès que les désagréments liés à leur infection ont disparu.

CONSEIL ET INFORMATION/ÉDUCATION CONCERNANT LES IST

Les personnes ayant été traitées pour une IST sont plus enclines à adopter un comportement sexuel à moindre risque. Les professionnels de la santé doivent donc profiter au maximum de chaque visite au dispensaire pour mettre en avant l'utilité de la prévention. Par l'évocation des circonstances pouvant les avoir amenés à contracter une IST, on peut inciter les patients à envisager l'adoption d'un comportement plus sûr, de nature à les protéger contre une nouvelle infection. Le conseil en matière de prévention doit toujours inclure une description des complications des IST – notamment la stérilité et le risque accru d'infection à VIH – ainsi que la promotion de l'usage du préservatif, une démonstration de la façon de le mettre et des conseils pour une sexualité à moindre risque (Chapitre 4).

PRISE EN CHARGE DU OU DES PARTENAIRE(S) - NOTIFICATION, ORIENTATION ET TRAITEMENT

La personne traitée avec succès pour une IST constatera une régression des symptômes, mais elle risque de revenir consulter, parce que réinfectée par un partenaire sexuel non traité. Ce partenaire aura des symptômes, ou n'en aura pas, mais quoi qu'il en soit, s'il n'est pas traité, il continuera de transmettre l'infection à d'autres personnes au sein de la communauté. Il est donc extrêmement important de trouver le moyen d'aider les patients à avertir leurs partenaires, et à faire en sorte que ces derniers soient eux aussi traités (non seulement le(s) partenaire(s) actuels, mais aussi tous les partenaires des trois derniers mois).

Les centres de soins ont plusieurs moyens de contribuer à la notification aux partenaires :

- Encourager le patient à contacter lui-même ses partenaires sexuel(le)s. On peut lui remettre des fiches d'orientation vers le service approprié pour ses partenaires, indiquant la marche à suivre pour une consultation au dispensaire. Sur le modèle le plus simple de fiche d'orientation vers le service approprié (voir exemple ci-dessous) figure un diagnostic ou un code indiquant le syndrome dont souffre le patient indicateur (venu consulter en premier, et symptomatique). Le numéro d'enregistrement du patient indicateur constitue une autre information utile pour la surveillance des taux d'orientation vers le service approprié des partenaires. (A noter que toute information concernant le

patient indicateur doit rester codée de façon à préserver la confidentialité).

- Le personnel du dispensaire ou du service de santé, spécialement formé à la recherche des contacts, peut avertir les partenaires et faire en sorte qu'ils bénéficient du traitement nécessaire.

Bon pour consultation gratuite

Se présenter à _____

Code _____ Date _____

- Une stratégie en deux temps peut être utilisée dans les cas où il est demandé aux patients de prendre contact les premiers avec les partenaires. Si cette démarche n'a rien donné au bout d'une ou deux semaines, le personnel du dispensaire ou du service de santé tentera de retrouver les partenaires en question en vue d'un traitement.
- Quelle que soit la stratégie de notification, les dispensaires doivent faciliter l'accès des partenaires au traitement. Pour cela, il leur faudra peut-être faire en sorte de réduire le temps d'attente et renoncer à appliquer le tarif normal. Il s'agit là d'un aspect important, car nombreux sont les partenaires asymptomatiques non disposés à attendre ou à payer des services, puisqu'ils se croient en parfaite santé.

En général, les partenaires doivent être traités pour la même IST que les patients indicateurs, qu'ils aient ou non des symptômes ou signes d'infection.

Les IAR ne sont pas toutes sexuellement transmissibles, toutefois, et cette réalité peut compliquer les choses. Il faut bien veiller à ne pas évoquer imprudemment le terme de IST ou à ne pas stigmatiser qui que ce soit, lorsque le diagnostic est incertain. La femme qui a un écoulement vaginal, par exemple, souffre en général d'une infection vaginale endogène sans rapport avec une IST. Informer le partenaire sexuel et le traiter, serait à la fois peine perdue (le partenaire n'a pas besoin de traitement), et potentiellement préjudiciable pour le couple – méfiance, violence et divorce sont des conséquences possibles de la notification au partenaire. Le personnel soignant doit donc être aussi sûr que possible qu'il y a effectivement présence d'une IST avant d'en parler au partenaire et de lui donner un traitement, et bien tenir compte du fait que la plupart des symptômes d'IAR peuvent avoir d'autres explications. LeTableau 8.2 résume les modalités de prise en charge des partenaires et les messages dans le cadre du conseil, pour les syndromes d'IST/IAR courants.

Tableau 8.2. Stratégies pour la notification et les soins au partenaire, par syndrome

Syndrome	Explications possibles	Prise en charge des partenaires	Traitement présenté au Tableau de traitement	Message dans le cadre du conseil
Ulcération génitale	IST hautement probable	Traiter les partenaires pour une ulcération génitale	5/6	Information pour la prévention des IST
Écoulement urétral (chez l'homme)	IST hautement probable	Traiter les partenaires pour une infection cervicale (gonococcie et infection à chlamydia)	2	Information pour la prévention des IST
Douleur abdominale basse	MIP, souvent IST. Mais d'autres causes génito-urinaires ou gastro-intestinales sont possibles	Traiter les partenaires pour un écoulement urétral (gonococcie et infection à chlamydia)	8	Traitement du partenaire par mesure de précaution, afin de réduire le risque de complications et de préserver la fécondité
Écoulement vaginal	Infection endogène (non ST) très probable	Pas de traitement pour le partenaire, sauf en cas de récidive (donner alors un traitement contre la trichomonase)	1	Ne se transmet pas par la voie sexuelle, en général

La notification aux partenaires de femmes ayant une douleur abdominale basse et qui sont traitées pour une éventuelle maladie inflammatoire pelvienne, nécessite une rigueur toute particulière. En raison de la gravité des complications potentielles d'une MIP (stérilité, grossesse ectopique), il convient de traiter les partenaires pour éviter une possible réinfection. Il faut être bien conscient du fait, toutefois, que le diagnostic d'MIP fondé sur des arguments cliniques est imprécis, et le couple sera dûment informé de cette incertitude autour du diagnostic. Il est en général préférable de proposer un traitement à titre de précaution pour préserver la fécondité, plutôt que d'annoncer à une personne qu'elle a une IST quand il n'en est rien.

Lequel des partenaires sexuels faut-il avertir et traiter ? Les facteurs à prendre en compte sont la période d'incubation de l'IST, le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes ainsi que le stade de la maladie. Les principes directeurs généraux relatifs à certains syndromes d'IST courants et à des IST spécifiques sont présentés au Tableau 8.3.

Tableau 8.3. Calendrier recommandé pour l'offre du traitement des partenaires

IST	Traiter tous les partenaires antérieurs à	Par syndrome
Chancre mou	10 jours	
Lyphogranulomatose vénérienne	1 mois	Ulcération génitale – 3 mois
Syphilis – stade primaire	3 mois	
Syphilis – stade secondaire	6 mois	
Syphilis – stade latent	1 an	
Gonococcie	3 mois	Infection cervicale ou écoulement urétral – 2 mois
Infection à chlamydia	3 mois	
Trichomonase	Partenaire actuel	Écoulement vaginal – partenaire actuel uniquement si aucune amélioration. Si le partenaire est symptomatique, traiter la patiente et le partenaire selon l'approche syndromique
Candidose	Partenaire actuel	
MIP	2 mois	Douleur abdominale basse – 2 mois

a. Ces périodes ne sont que des estimations, et les prestataires auront à se forger leur propre opinion. La plupart du temps, lorsqu'il s'agit d'une infection certainement transmise par voie sexuelle, le dernier partenaire en date doit être traité même si le dernier contact sexuel est intervenu en dehors de la période probable d'infection.

VISITES DE SUIVI, ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE ET RÉINFECTION

Les visites de suivi sont-elles réellement nécessaires ? Il peut être utile pour les prestataires de revoir les patients, afin de vérifier que le traitement a apaisé les symptômes et apporté la guérison du point de vue clinique. Les visites de suivi à titre systématique peuvent poser des problèmes pratiques aux patients, et alourdir inutilement la charge de travail déjà importante du personnel du dispensaire. La prise en charge syndromique prévoit des traitements hautement efficaces contre les IST/IAR les plus courantes, et la majorité des patients constateront une amélioration rapide de leur état. Il n'est en général pas nécessaire de les faire revenir juste pour un « contrôle », s'ils ont bien pris leurs médicaments et se sentent mieux. Toutefois, il est bon de conseiller aux patients de revenir si aucune amélioration n'est constatée après une semaine de traitement (2-3 jours pour une MIP). Les patients ayant des ulcérations génitales seront invités à revenir au bout de 7 jours, car les ulcérations sont souvent plus longues à guérir (le traitement sera prolongé au-delà de 7 jours en l'absence d'une ré-épithelialisation de la lésion (formation d'une nouvelle peau sur la lésion)).

L'absence d'amélioration chez un patient soigné pour une IST/IAR s'explique en général par l'échec thérapeutique ou par une réinfection. On déterminera laquelle des deux explications est la bonne en posant les questions suivantes :

Echec thérapeutique

- Avez-vous bien pris tous les médicaments qui vous avaient été prescrits ?
- Avez-vous partagé vos médicaments à une autre personne, ou avez-vous cessé de les prendre dès que vous vous êtes senti mieux ?

Envisager aussi l'éventualité d'une pharmaco-résistance. Le traitement se fondait-il sur les directives thérapeutiques nationales ? Y a-t-il augmentation des cas d'échec thérapeutique ?

Réinfection

- Votre partenaire est-il venu se faire traiter ?
- Avez-vous utilisé des préservatifs, ou vous êtes-vous abstenus de rapports sexuels une fois le traitement commencé ?

Les infections vaginales endogènes ont aussi tendance à récidiver, en particulier lorsque les raisons pouvant donner lieu à une récidive n'ont pas été prises en compte (douche vaginale, produits qui dessèchent le vagin, contraceptifs hormonaux). Se reporter au Chapitre 2 pour de plus amples informations sur la façon de prévenir les infections endogènes.

L'Encadré 8.2 peut aider à déterminer quelle conduite tenir face à l'absence de régression des symptômes. **Attention, la perfection n'existe pas non plus en matière d'algorithme – la consultation spécialisée s'imposera peut-être dans certains cas**.

Encadré 8.2. Échec thérapeutique ou réinfection – que faire lors de la visite de suivi ?

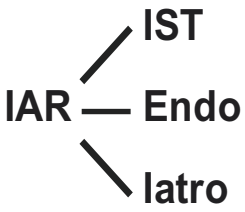
Syndrome	Suivi à :	Si suspicion d'échec thérapeutique[a]	Si réinfection ou récidive probable [b]
Écoulement vaginal	Une certaine amélioration est en général observée peu de jours après, dans le cas de la vaginite. Les symptômes doivent avoir disparu au bout d'une semaine. Note : la VB est souvent récidivante.	Traiter à nouveau la patiente. Réexaminer et envisager le traitement d'une candidose ou d'une infection cervicale, si ces affections n'ont pas été traitées à la première visite.	Traiter à nouveau la patiente et traiter le partenaire pour une trichomonase. Dire à la patiente souffrant de VB récidivante d'éviter les douches vaginales et les produits qui dessèchent le vagin. La grossesse, le diabète ou l'infection à VIH peuvent être des facteurs de récidive de la candidose, ainsi que les antibiotiques, et parfois, les contraceptifs oraux.
Douleur abdominale basse	Suivi à 2–3 jours (avant, si aggravation des symptômes). Une certain amélioration est habituellement observée 1–2 jours plus tard dans le cas d'une MIP. Il faut parfois attendre plusieurs semaines avant de se sentir mieux (une MIP chronique peut entraîner des douleurs pendant des années).	Envisager l'hospitalisation, en vue d'un traitement en intraveineuse. Prolonger la durée du traitement si amélioration mais persistance des symptômes.	Conseiller aux femmes de s'abstenir de rapports sexuels pendant le traitement contre une MIP aiguë. Traiter les partenaires pour une gonococcie ou une infection à chlamydia.
Ulcération génitale	Amélioration habituellement observée au bout d'une semaine. La guérison complète peut demander quelques semaines.	Prolonger la durée du traitement si amélioration mais persistance des symptômes. Le traitement d'autres ulcérations génitales (HSV–2, granulome inguinal, lymphogranulomatose vénérienne) peut s'avérer nécessaire.	Traiter les partenaires pour un chancre mou ou pour une syphilis.

Encadré 8.2. Echec thérapeutique ou réinfection – que faire lors de la visite de suivi ? (suite)

Syndrome	Suivi à :	Si suspicion d'échec thérapeutique[a]	Si réinfection ou récidive probable [b]
Écoulement urétral	Une amélioration rapide est en général observée peu de jours après. Les symptômes devraient disparaître au bout d'une semaine.	S'assurer qu'un traitement à la fois contre l'infection à gonocoque et à chlamydia a bien été donné. Si la prescription a été mal respectée, traiter à nouveau.	Traiter les partenaires pour une gonococcie et une infection à chlamydia.
		L'échec thérapeutique est peu probable dans le cas de la gonococcie, si utilisation d'un traitement efficace en dose unique.	
		Dans certaines régions, la trichomonase est une cause importante d'écoulement urétral → envisager un traitement.	Prévoir le traitement du partenaire.
Bubon inguinal	Amélioration habituellement observée au bout d'une semaine. La guérison complète peut demander quelques semaines.	Des visites de suivi tous les 1–2 jours peuvent s'avérer nécessaires pour vider le bubon.	Traiter les partenaires pour un chancre mou et une lymphogranulomatose vénérienne.

a. En ce qui concerne l'échec thérapeutique, envisager de traiter à nouveau en utilisant un autre protocole thérapeutique. Adresser à un spécialiste si les symptômes persistent.

b. En ce qui concerne la réexposition pendant le traitement, envisager de traiter à nouveau avec les mêmes antibiotiques. Adresser à un spécialiste si les symptômes persistent.



CHAPITRE 9.
COMPLICATIONS DES IST/IAR DANS LE CONTEXTE DE LA GROSSESSE, L'AVORTEMENT PROVOQUÉ OU SPONTANÉ, ET DU POST-PARTUM

Points essentiels

- Une infection pendant la grossesse, à la suite d'un avortement spontané, d'un avortement provoqué, ou pendant le post-partum, est potentiellement mortelle et doit être prise en charge énergiquement et sans délai.
- Les patientes ayant des **complications infectieuses suite à un avortement provoqué ou spontané** (médicalisé ou non) seront traitées avec des solutions intraveineuses et des antibiotiques, et transférées immédiatement si la prise en charge d'urgence ne peut être assurée sur place.
- Une infection pendant la grossesse peut déclencher **prématurément le travail** et engendrer de graves complications chez la mère et le fœtus. La prévention et une prise en charge sans délai sont essentielles pour la réduction de la morbidité et de la mortalité.
- Les patientes ayant une **infection du post-partum** seront traitées avec des solutions intraveineuses et des antibiotiques, et transférées immédiatement si la prise en charge d'urgence ne peut être assurée sur place.
- Un **écoulement vaginal** pendant la grossesse peut masquer les signes de complications d'un avortement provoqué ou spontané, de rupture des membranes ou d'infection du post-partum. S'il n'y a aucune notion de sang ou de liquide amniotique, on donnera un traitement couvrant la candidose, la trichomonase et la vaginose bactérienne.
- La prévention et la détection des IST/IAR pendant la grossesse (Chapitres 2 et 3), ainsi que des bonnes pratiques obstétriques, constituent des moyens pour prévenir les infections du post-partum.

Le Chapitre 7 traitait la question des IST/IAR dans le contexte des soins de routine dispensés aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Le présent chapitre s'intéresse à certains problèmes importants pouvant survenir pendant ou après la grossesse et ayant pour origine une IST/IAR, et explique en quoi consiste la prise en charge des complications infectieuses en pareil cas. L'accent est mis sur la prise en charge de **l'avortement spontané** (fausse couche), de **l'avortement compliqué** (endométrite, avortement septique), qu'il soit provoqué ou spontané, et des infections du post-partum (endométrite, septicémie puerpérale), qui font partie des affections les plus graves pour la santé des femmes en âge de procréer et qui sont largement évitables.

Si le présent chapitre porte essentiellement sur la prise en charge des IST/IAR, l'infection ne sera pas forcément la raison ou la préoccupation majeure amenant la femme à consulter au dispensaire. La femme victime des complications d'un avortement provoqué ou spontané ou d'une infection du post-partum présente des saignements, souffre, et peut être en état de choc. **D'autres ouvrages de l'OMS[1] expliquent en quoi consiste la prise en charge complète en pareil cas – notamment évaluer et stabiliser la patiente, et administrer des solutions intraveineuses et des antibiotiques.** Une fois stabilisée, la patiente doit être transférée vers un centre pouvant assurer des services d'urgence appropriés.

Les conseils sur la prévention des infections lors des interventions médicales et obstétricales sont énoncés au Chapitre 2.

INFECTION EN DÉBUT DE GROSSESSE

L'infection des voies génitales hautes est différente selon que la femme est enceinte ou ne l'est pas. La femme ayant des antécédents du maladie inflammatoire pelvienne aura du mal à être enceinte – une infection aiguë au niveau de l'utérus interfère dans la fécondation et dans l'implantation de l'œuf ; une MIP chronique peut laisser des cicatrices, entraîner une stérilité et être à l'origine d'une grossesse ectopique. Sur le nombre d'infections qui finissent par se déclarer, presque toutes se développent pendant la grossesse même, en général à la faveur de quelque élément déclenchant, venu perturber les défenses normales de l'organisme.

La plupart des complications infectieuses de début de grossesse sont liées à un avortement spontané ou provoqué. **L'avortement spontané** (ou fausse couche) est courant dans le premier trimestre et se résout habituellement sans complication. **L'avortement provoqué** est courant également, mais le risque d'infection est élevé quand l'intervention est effectuée dans de mauvaises conditions d'hygiène et de

[1] *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003, et

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

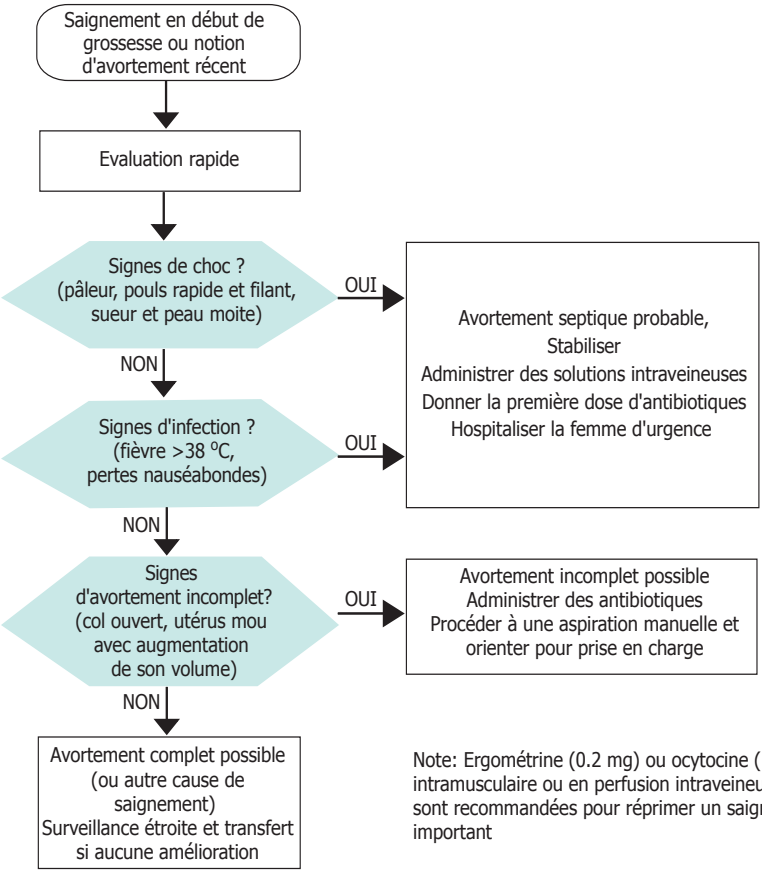
sécurité. On dit d'un avortement spontané ou provoqué qu'il est **incomplet** lorsqu'il reste des débris tissulaires à l'intérieur de l'utérus ; une infection peut se développer, si les produits de conception ne sont pas évacués.

Ces détails ne sont pas toujours apparents lorsqu'une femme victime de complications suite à un avortement provoqué ou spontané fait appel à un médecin. En fait, les femmes ayant des problèmes à la suite d'un avortement provoqué tairont peut-être l'intervention qu'elles ont subie, en particulier là où l'avortement est illégal. Elles se plaindront simplement d'un saignement spontané ou de quelque autre problème. Les prestataires doivent alors se montrer très intuitifs, et prendre en charge une éventuelle infection liée à un avortement provoqué, en se fondant sur les signes objectifs, indépendamment de l'anamnèse.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS APRÈS AVORTEMENT PROVOQUÉ OU SPONTANÉ

Le traitement de l'avortement (provoqué ou spontané) compliqué englobe la stabilisation de la patiente, l'évacuation de tous les produits de conception restés dans l'utérus, et l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse ou intramusculaire (Tableau de traitement 11). Les complications de l'avortement provoqué ou spontané sont potentiellement mortelles, et il est crucial d'évaluer et de prendre en charge la patiente en temps voulu. Une évaluation rapide sera effectuée – bref recueil des antécédents, signes vitaux, examen général, et examen abdominal et gynécologique ; un traitement d'urgence sera institué. Les femmes présentant des signes de choc seront stabilisées avec des solutions intraveineuses. La première dose d'antibiotiques sera administrée par voie intraveineuse ou intramusculaire à toutes les femmes en début de grossesse qui présentent des signes de choc ou d'infection, et elles seront transférées immédiatement vers un établissement en mesure de leur offrir une prise en charge appropriée, et notamment l'évacuation du contenu de l'utérus dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité.

ALGORITHME 6. COMPLICATIONS POSSIBLES D'UN AVORTEMENT PROVOQUÉ OU SPONTANÉ



➡ **Tableau de traitement 11**

Pour s'informer sur la technique de l'aspiration manuelle intra-utérine et sur d'autres méthodes d'évacuation de l'utérus, se référer l'ouvrage cité ci-dessous. Toutes les femmes concernées par une aspiration manuelle intra-utérine doivent faire l'objet d'un suivi très attentif qui permettra une détection précoce des signes d'une éventuelle infection. La publication citée indique aussi les solutions à utiliser pour stabiliser la patiente ainsi que les antibiotiques recommandés.

Suivi à 24–72 heures (avant, si aggravation)

Pour une information plus complète voir : *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

AVORTEMENT PROVOQUÉ OU SPONTANÉ INCOMPLET ET RISQUE D'INFECTION

Des saignements en début de grossesse peuvent indiquer qu'un avortement spontané est imminent, en cours ou incomplet, ou être un signe de grossesse ectopique ou autre problème. Les signes d'avortement (provoqué ou spontané) incomplet sont les suivants : utérus mou, avec augmentation de son volume, et orifice cervical ouvert. Fréquemment, une douleur abdominale précède ou accompagne un avortement, une infection après avortement (provoqué ou spontané) et une grossesse ectopique. Une douleur violente sans saignement peut être un signe de grossesse ectopique.

Le traitement de l'avortement incomplet consiste à évacuer les débris de produits de conception. Pour ce faire, l'aspiration manuelle intra-utérine constitue une méthode sûre. Si des signes d'infection sont présents, l'administration d'antibiotiques est recommandée (voir Chapitre 3). Toutes les autres femmes doivent être informées de la nécessité de consulter dès l'apparition de signes d'une éventuelle infection.

Les femmes ayant des saignements légers, sans signes de choc ni d'infection, devront faire des examens plus approfondis si leur état ne s'améliore pas après un ou deux jours.

INFECTION EN FIN DE GROSSESSE

Après le premier trimestre, l'infection du vagin, du col utérin, et des membranes fœtales ou du liquide amniotique (chorio-amniotite) constitue une cause fréquente d'avortement spontané, de rupture des membranes, de travail prématuré et de mortinaissance. Les mêmes micro-organismes exogènes ayant colonisé le vagin et le col utérin ou exogènes (gonocoques, chlamydia, bactéries associées à la vaginose bactérienne, trichomonase, streptocoques du groupe B) peuvent être impliqués dans une infection après un avortement provoqué ou spontané, une chorio-amniotite, et des infections du post-partum et néonatales. Certaines de ces infections surviennent souvent à la suite d'un examen vaginal ou d'autres interventions qui sont à éviter en fin de grossesse, sauf en cas de nécessité. La prévention de ces complications englobe aussi la détection et le traitement des IST/IAR lors des consultations prénatales, si possible (Chapitre 3).

INFECTION ET RUPTURE DES MEMBRANES

Une infection peut entraîner une rupture des membranes (RdM), ou y être consécutive. On administrera des antibiotiques par voie intraveineuse ou intramusculaire (Algorithme 7) à toute femme – accouchée à terme ou avant le terme – ayant eu une rupture des membranes et présentant des signes d'infection (fièvre, augmentation des globules blancs, élévation de la protéine C-réactive, ou écoulement nauséabond), et la transférer en urgence dans un établissement de soins.

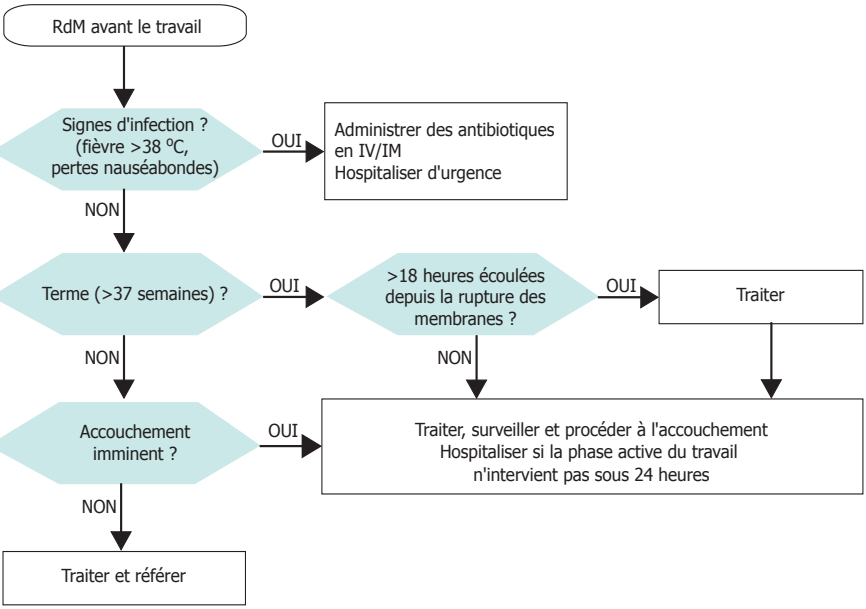
Lorsque la rupture des membranes se produit à terme, le début du travail intervient habituellement dans un délai de 24 heures. Les femmes sans signes d'infection

peuvent être placées en observation. Si passé ce délai, le travail n'a pas commencé, la femme sera transférée vers un établissement en mesure de procéder dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité au déclenchement artificiel du travail. Afin de réduire encore plus le risque d'infection :

- Eviter tout examen vaginal après la rupture des membranes.
- Si le travail n'a pas commencé dans un délai de 18 heures, donner des antibiotiques (Tableau de traitement 12) afin de réduire le risque d'infection avant et après l'accouchement.

Lorsqu'il y a rupture des membranes avant terme, les complications sont plus fréquentes (accouchement prématuré, faible poids à la naissance, et morbidité et mortalité périnatales). Lorsque la rupture des membranes intervient avant le début du travail, la prise en charge sera fonction de la santé de la mère, de l'âge gestationnel et de la viabilité du fœtus, ainsi que des interventions disponibles. L'Algorithme 7 résume la prise en charge de la femme en cas de rupture de la poche des eaux avant le début du travail.

ALGORITHME 7. RUPTURE DES MEMBRANES AVANT LE DEBUT DU TRAVAIL



➡ Tableau de traitement 12

Envisager le transfert ou l'hospitalisation sans délai.
Se reporter également à l'ouvrage *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

En ce qui concerne le choix des antibiotiques destinés à traiter une infection chez une femme ayant une grossesse viable, il conviendra de mettre en balance les risques et les avantages. Eviter, autant que possible, les antibiotiques risquant d'avoir des effets néfastes sur le fœtus (voir Annexe 4). Toutefois, si l'infection est grave, la priorité sera d'administrer une antibiothérapie efficace.

La prévention de l'infection en fin de grossesse et de l'accouchement prématuré doit inclure des interventions tout au long de la grossesse, en vue de prévenir les IST/IAR et d'en détecter la présence éventuelle. Là où les moyens le permettent, il est recommandé de procéder lors de la première consultation prénatale, au dépistage des IST/IAR courantes influant sur la rupture des membranes et impliquées dans d'autres issues défavorables de la grossesse, et de renouveler l'intervention plus tard pendant la grossesse chez les femmes à haut risque de travail prématuré (voir Chapitre 3). L'importance de la prévention primaire des IST/IAR pour le bon déroulement de la grossesse sera bien expliquée aux femmes et à leurs partenaires.

INFECTION APRES L'ACCOUCHEMENT

ENDOMÉTRITE DU POST-PARTUM ET SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

L'endométrite du post-partum ou infection utérine est une cause fréquente de morbidité et de mortalité maternelles. Il est très possible de l'éviter avec de bons soins prénatals, de bonnes pratiques obstétricales et une bonne prise en charge après l'accouchement. Un retard dans les soins ou des soins insuffisants peuvent entraîner l'évolution rapide d'une infection vers une septicémie généralisée, avec pour conséquence possible une stérilité, une incapacité chronique, voire le décès.

Les agents pathogènes fréquemment responsables de l'endométrite du post-partum sont les gonocoques, les chlamydiae, les bactéries anaérobies, les bactéries Gram négatives facultatives, et les streptocoques. Dans les pays industrialisés, la plupart des infections du post-partum sont liées à une césarienne. Ailleurs, l'endométrite du post-partum survient plus souvent à la suite d'un accouchement par la voie vaginale/les voies naturelles. L'endométrite précoce du post-partum se manifeste dans les premières 48 heures, et l'infection tardive dans les 3 jours à 6 semaines qui suivent l'accouchement. Toutes les infections du post-partum doivent être traitées énergiquement. La prise en charge complète est décrite dans l'ouvrage : *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : guide for essential practice* (Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003).

La femme présentant des signes d'infection immédiatement après le post-partum sera stabilisée ; on administrera une première dose d'antibiotiques par voie intraveineuse (ou intramusculaire), et on évacuera la patiente en urgence vers un hôpital.

L'algorithme 8 décrit la prise en charge des femmes qui ont de la fièvre dans un délai de 24 heures à 6 semaines après l'accouchement.

ALGORITHME 8. INFECTION DU POST-PARTUM

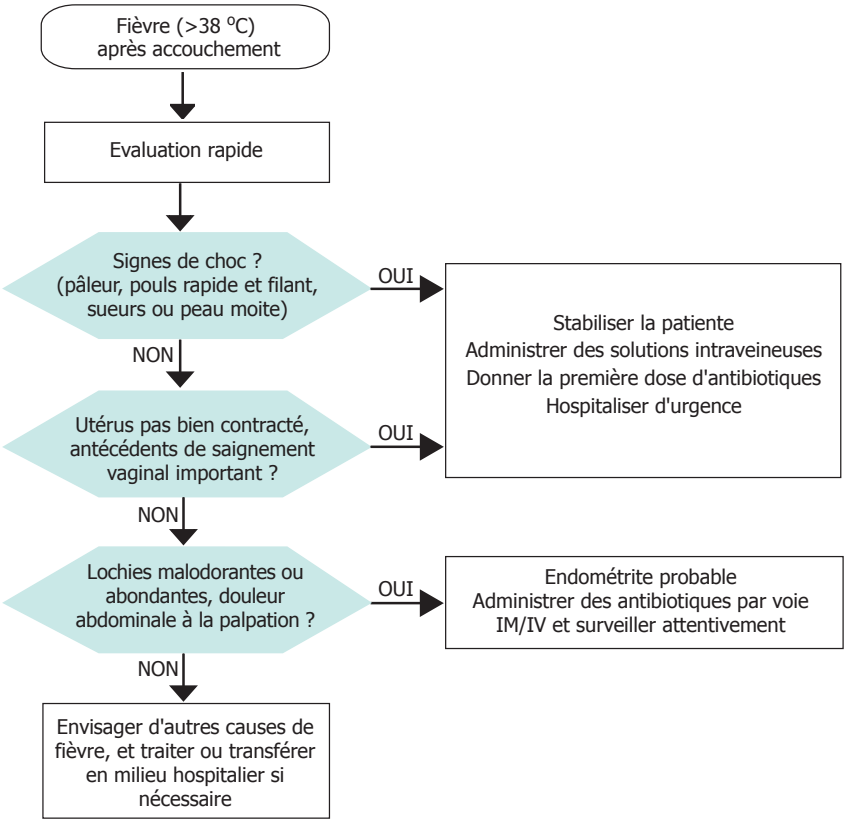


Tableau de traitement 11

Suivi à : 24–72 heures (voir la patiente avant, si aggravation, et/ou envisager le transfert immédiat ou l'hospitalisation).
Se reporter également à *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

La prévention et la détection des IST/IAR pendant la grossesse (Chapitres 2 et 3), ainsi que de bonnes pratiques obstétriques, constituent des moyens pour prévenir les infections du post-partum. Voir les publications OMS : *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003, ou *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004, pour des principes directeurs relatifs à la prévention et à la prise en charge complète des complications du post-partum.

Tableau de traitement 11. Protocoles pour le traitement par antibiotiques de l'infection consécutive à un avortement spontané, à un avortement provoqué, ou un accouchement (avortement septique, endométrite du post-partum)

Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Couramment disponible, la moins onéreuse. Donner les 3 médicaments	Choisir un médicament de chaque case ci-dessous (= 3 médicaments)	Donner les 2 médicaments	Choisir un médicament de chaque case (= 3 médicaments)
ampicilline 2 g en injection intraveineuse ou intramusculaire, puis 1g toutes les 6 heures	**ceftriaxone** 250 mg en injection intramusculaire, une fois par jour	**clindamycine** 900 mg en injection intraveineuse, toutes les 8 heures	**ciprofloxacine**[b] 500 mg, par voie orale, 2 fois par jour, ou **spectinomycine** 1g, en injection intramusculaire, 4 fois par jour
gentamicine 80 g en injection intramusculaire toutes les 8 heures	**doxycycline** 100 mg par voie orale ou en injection intravéneuse, 2 fois par jour, ou **tétracycline** 500 mg par voie orale 4 fois par jour	**gentamicine** 1,5 mg/kg de poids corporel, en injection intraveineuse toutes les 8 heures	**doxycycline** 100 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou **tétracycline** 500 mg par voie orale 4 fois par jour

Suite à la page suivante

Tableau de traitement 11. Protocoles pour le traitement par antibiotiques de l'infection consécutive à une fausse couche, à un avortement ou à la délivrance (avortement septique, endométrite du post-partum) (suite)

Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
métronidazole[a] 500 mg en perfusion par voie intraveineuse toutes les 8 heures	**métronidazole**[a] 400 mg–500 mg par voie orale, ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou **chloramphénicol** 500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 4 fois par jour		**métronidazole**[a] 400 mg–500 mg par voie orale, ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou **chloramphénicol** 500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 4 fois par jour
Valable pour tous ces protocoles : le traitement doit être maintenu pendant 2 jours après disparition de la fièvre.			

a. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par métronidazole.
b. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.

Tableau de traitement 12. Protocoles pour le traitement par antibiotiques des complications infectieuses, avec grossesse viable (chorio-amniotite, rupture des membranes)

Option 1 – la plus sûre pour le fœtus, en l'absence de signes d'infection chez la mère	**Option 2** – la meilleure couverture possible en présence de signes d'infection chez la mère (fièvre, écoulement nauséabond)
Association voie orale/voie intramusculaire, sans danger pendant la grossesse Choisir un médicament de chaque case (= 3 médicaments)	Couramment disponible, la moins onéreuse. Donner les trois médicaments. Si la femme accouche par voie vaginale, arrêter tous les antibiotiques après l'accouchement. En cas d'accouchement par césarienne, continuer les antibiotiques jusqu'à obtenir une absence de fièvre pour 48 heures.

Tableau de traitement 12. (Suite)

Option 1 – la plus sûre pour le fœtus, en l'absence de signes d'infection chez la mère	**Option 2** – la meilleure couverture possible en présence de signes d'infection chez la mère (fièvre, écoulement nauséabond)
céfixime 400 mg par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125–250 mg en injection intramusculaire	**ampicilline** 2 g en intraveineuse ou intramusculaire, puis 1 g toutes les 6 heures
erythromycine[a] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours, ou **azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique	**gentamicine** 80 mg en intramusculaire toutes les 8 heures
métronidazole[b] 2 g par voie orale en dose unique	**métronidazole**[b] 500 mg par voie orale ou en perfusion par voie intraveineuse toutes les 8 heures

a. L'eythromycine sous forme d'estolate est contre-indiquée pendant la grossesse en raison de son hépatotoxicité ; par conséquent, seuls l'érythromycine base ou l'éthylsuccinate d'érythromycine seront employés. A noter qu'en Europe (où la gonococcie est peu fréquente), l'érythromycine seule, par voie orale, permet de réduire le risque d'accouchement prématuré en cas de rupture des membranes avant le terme, avant le travail. Compte tenu de la résistance à l'érythromycine dans de nombreuses régions, l'ajout de céfixime ou de ceftriaxone est recommandé là où la gonococcie est courante.

b. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par métronidazole.

ÉCOULEMENT VAGINAL PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

L'écoulement vaginal en tant que symptôme ou signe d'IAR pose différents problèmes pendant la grossesse, car les changements physiologiques peuvent modifier l'environnement microbiologique normal (flore) du vagin. Par exemple, l'écoulement peut être plus abondant et la candidose est plus fréquente. Il conviendra de questionner et d'examiner toute femme enceinte ayant un écoulement vaginal, en vue de s'assurer que cet écoulement n'est pas le signe avant-coureur d'un problème plus grave. Par exemple :

- En début de grossesse, un écoulement peut masquer un spotting ou saignement léger, éventuellement indicateur d'une grossesse ectopique, d'une menace d'avortement spontané, ou d'un cancer du col utérin.

- Un écoulement aqueux en fin de grossesse peut correspondre à une perte de liquide amniotique, liée à une rupture des membranes.

Une anamnèse et un examen attentif fournissent habituellement les indices permettant de déterminer s'il s'agit d'une simple vaginite ou de problèmes plus graves. Quand l'écoulement est accompagné de saignements, de fièvre, de douleurs abdominales, et de perte de liquide amniotique, la patiente sera prise en charge ou transférée pour une possible septicémie.

Si l'éventualité de complications de la grossesse a été écartée, il conviendra de donner à toute femme ayant un écoulement vaginal un traitement contre la vaginose bactérienne, la trichomonase et la candidose. La candidose est très courante pendant la grossesse, et les récidives sont fréquentes ; en conséquence, la femme qui revient avec les mêmes symptômes sera traitée uniquement pour une candidose.

ALGORITHME 9. ÉCOULEMENT VAGINAL PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

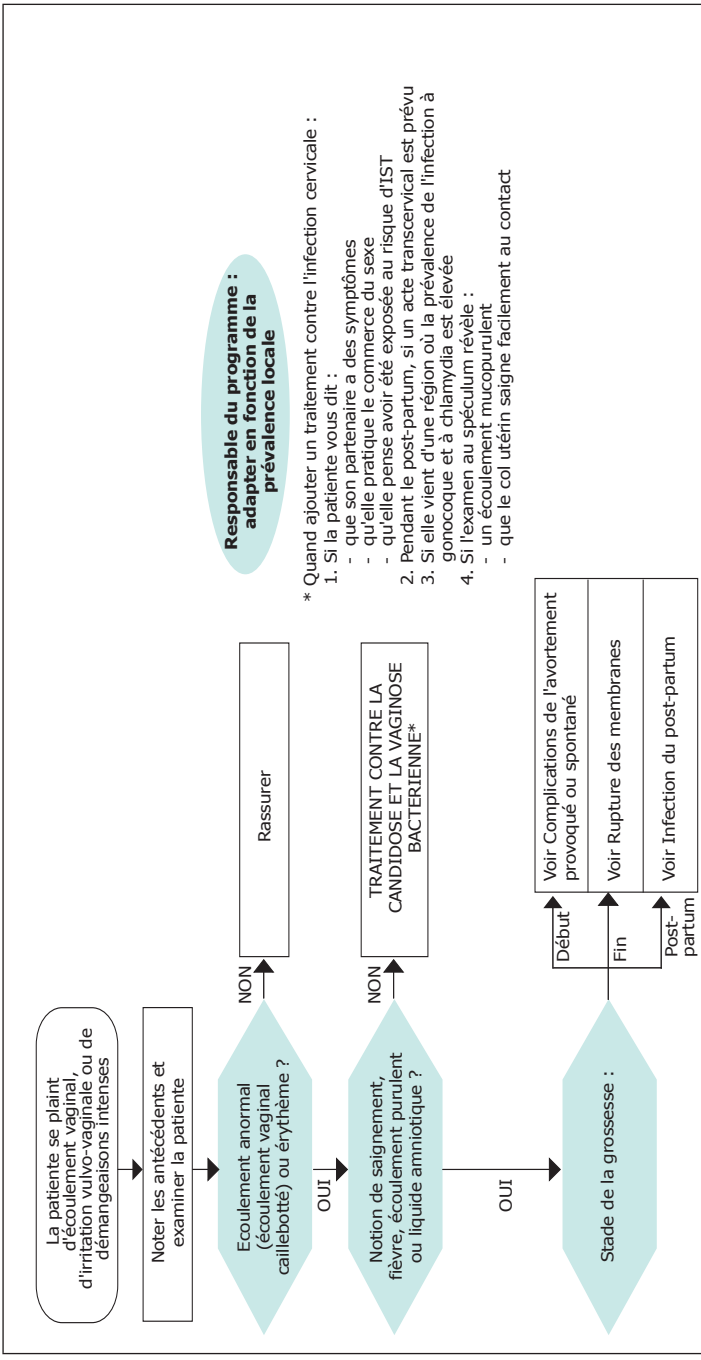
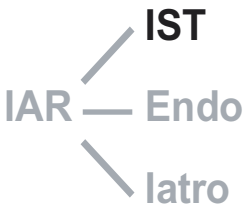


Tableau de traitement 1

Suivi : Si aucune amélioration – envisager la possibilité d'une trichomonase (convocation et traitement du partenaire). Si écoulement vaginal récurrent, traiter la candidose uniquement.



CHAPITRE 10.
VIOLENCE SEXUELLE

Points essentiels

- La violence sexuelle est fréquente, mais la personne qui en est victime **n'en fait pas état très souvent** – le personnel soignant doit rester très vigilant par rapport à cette éventualité. Il demandera s'il y a eu actes de violence sexuelle ou abus sexuels.
- Des **approches cliniques et des guides de pratiques** doivent être élaborés, suivant le cadre juridique local.
- Les femmes et les enfants victimes d'abus sexuels peuvent avoir besoin d'un lieu où **se réfugier** et d'une **protection juridique**. La prise en charge psychosociale englobe les services de **conseil** et d'**appui**, qui doivent être offerts sur place ou en orientant vers des services spécialisés.
- La prise en charge médicale englobe la prévention de la grossesse et des infections, en plus du traitement des blessures. La **prophylaxie des IST** et la **contraception d'urgence** doivent être disponibles.
- Un **examen médico-légal** doit être pratiqué de façon à recueillir des preuves, si la personne choisit de porter plainte. Le personnel doit être formé à effectuer des prélèvements médico-légaux, ou une collaboration sera instaurée avec des centres spécialisés.
- La possibilié d'**orienter** vers des centres spécialisés doit être disponible, si les services ne peuvent être assurés sur place.

On entend par violence sexuelle « *tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.* ».[1]

La violence sexuelle est courante. Les personnes des deux sexes sont vulnérables pendant l'enfance, mais les femmes sont beaucoup plus à risque pendant l'adolescence et à l'âge adulte. L'Encadré 10.1 fournit quelques données relatives à la violence sexuelle.

Encadré 10.1 Violence sexuelle – quelques statistiques

Des études émanant de différentes parties du monde révèlent que 7–36 % des filles et 3–29 % des garçons sont victimes d'abus sexuels pendant leur enfance, une majorité d'études indiquant que la fréquence des actes de violence sexuels est de 1,5 à 3 fois plus élevée à l'égard des filles qu'à l'égard des garçons.

Le pourcentage d'adolescents contraints d'avoir des rapports sexuels peut être de l'ordre de 7 % à 46 % chez les filles, et de 3 % à 20 % chez les garçons, selon les pays.

Les études effectuées en population rapportent qu'entre 6 % et 46 % des femmes ont eu à subir des tentatives, abouties ou non, de rapports sexuels forcés, de la part d'un partenaire intime ou d'un ex- partenaire, à un moment donné de leur existence.

Le viol et la violence domestique amputent de 5–16 % le temps de vie en bonne santé des femmes en âge de procréer.

La présence d'une IST a été constatée avec une fréquence allant jusqu'à 43 % des personnes victimes d'un viol, une majorité d'études révélant des taux se situant entre 5 % et 15 % en fonction de la maladie et du type de test utilisé.

Il est important que les prestataires soient **très attentifs et sensibilisés à l'éventualité d'actes de violence sexuelle**. Nombreuses sont les personnes qui hésitent à dénoncer les abus perpétrés par le partenaire proche. Elles peuvent avoir honte d'en parler, ou peur d'éventuelles représailles si la vérité éclate. Souvent, des personnes viennent consulter au dispensaire, invoquant un motif quelconque ou demandant un contrôle, sans oser annoncer directement que la violence sexuelle à leur égard constitue la vraie raison de leur visite, mais espérant que le personnel soignant saura remarquer tout signe anormal nécessitant un traitement.

Le présent chapitre ne peut traiter tous les aspects médicaux, sociaux et juridiques de la violence sexuelle. Il se concentre plutôt sur les recommandations relatives à la prévention des conséquences directes des agressions sexuelles, en particulier les IST et la grossesse. Les ouvrages cités à l'Annexe 6 contiennent des principes directeurs pour la création de services et de protocoles de prise en charge complète des victimes

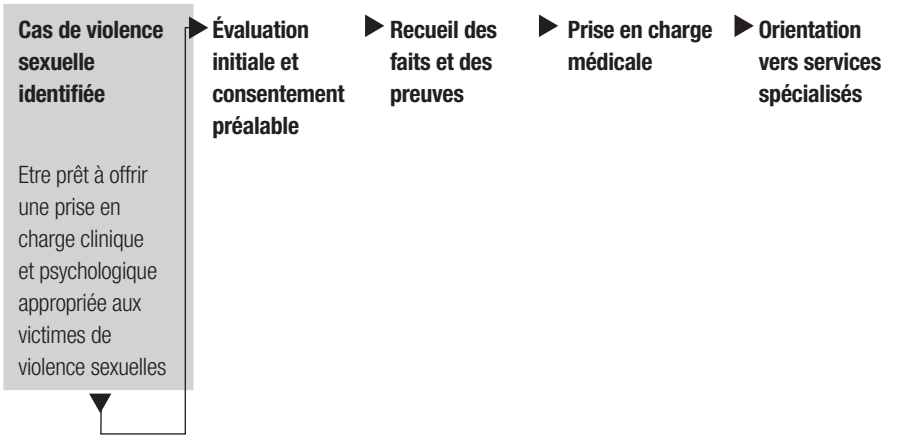
[1] *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

d'actes de violence sexuelle, et donnent des exemples de protocoles de dépistage pouvant être utilisés pour repérer les personnes exposées à la violence sexospécifique.

SOINS MÉDICAUX ET D'AUTRE NATURE, AUX VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES

Toutes les structures de santé proposant des services de santé reproductive doivent avoir des politiques et procédures – à jour et en conformité avec la loi locale – , relatives à la prise en charge des personnes ayant subi des actes de violence sexuelle. Que les services soient assurés sur place ou par le biais d'une orientation vers les services appropriés, les prestataires doivent bien savoir quel protocole suivre, et comment gérer les situations de crise. Ils doivent disposer des fournitures, des matériels et des coordonnées de services spécialisés qui leur sont indispensables pour offrir aux personnes victimes de violences sexuelles une prise en charge avec toute la discrétion, la délicatesse et l'efficacité voulues.

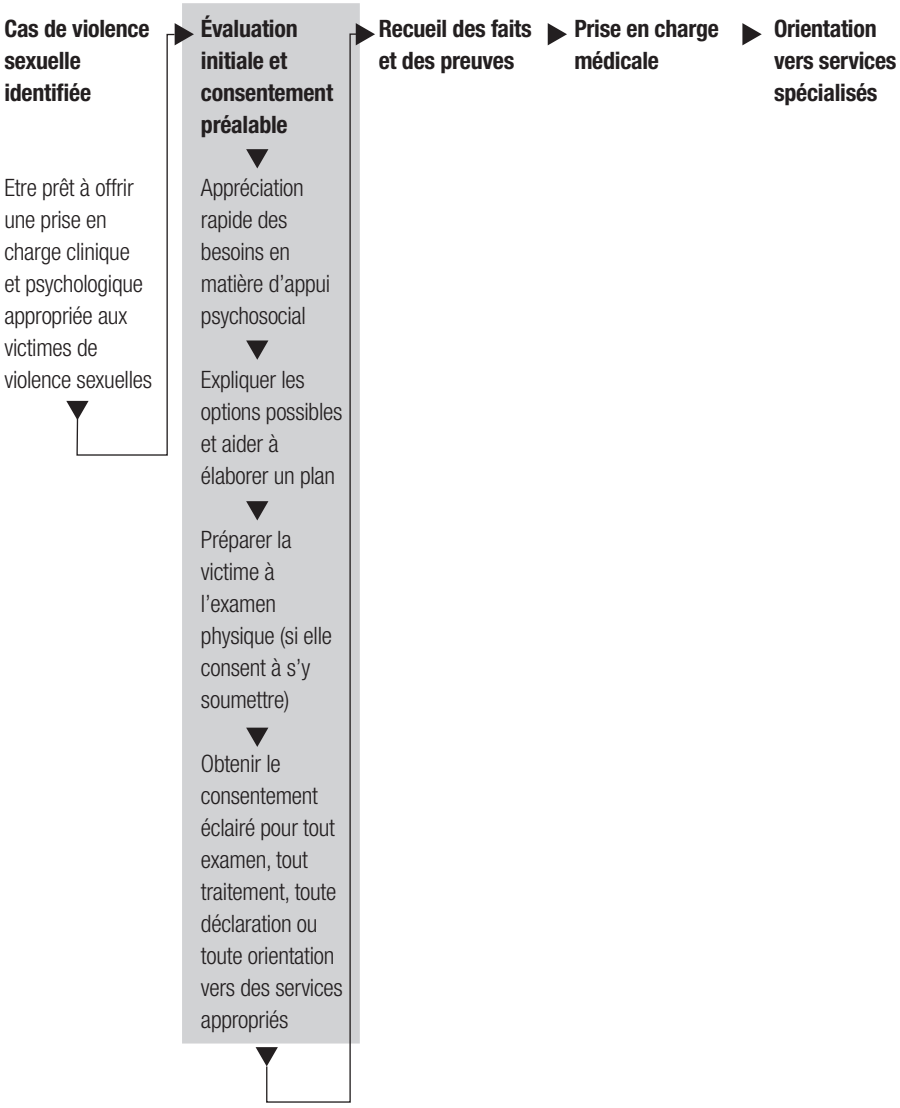
Étape 1 : Etre prêt



Les services suivants doivent être offerts, sur place ou orientant vers des services spécialisés, aux personnes ayant subi des actes de violence sexuelle :

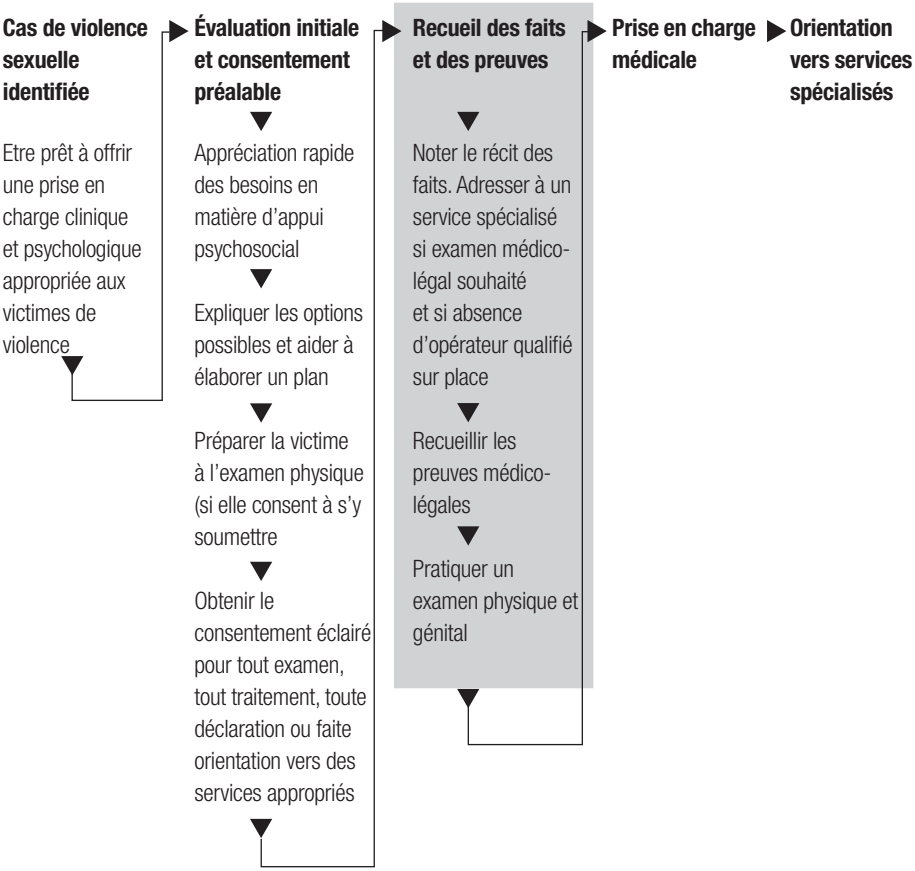
- soins essentiels, en cas de blessures et de problèmes de santé ;
- recueil des preuves médico-légales ;
- recherche d'une éventuelle IST, et soins préventifs ;
- évaluation du risque de grossesse et prévention, si nécessaire ;
- soutien psychosocial (au moment du drame et sur la durée) ;
- suivi portant sur l'ensemble des prestations énoncées ci-dessus.

Étape 2 : Évaluation initiale et consentement préalable



La victime d'une agression sexuelle a vécu une expérience traumatisante et son état doit être rapidement évalué afin de déterminer l'urgence de ses besoins sur le plan médical, psychologique ou social. Il faut savoir que le traumatisme subi peut rendre difficile la réalisation de certains aspects de l'examen. Bien expliquer ce qui va être fait, et obtenir le consentement éclairé de la victime avant l'examen, le traitement, la déclaration ou d'orienter vers des services spécialisés.

Étape 3 : Recueil des faits et des preuves

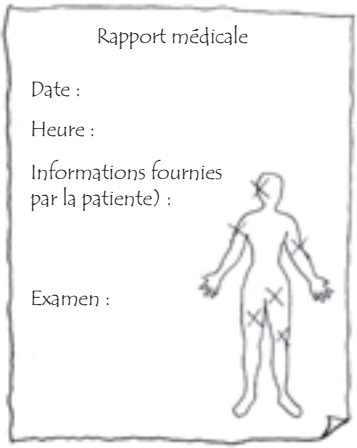


Un opérateur qualifié, formé à l'exécution des formalités nécessaires, réalisera l'examen et recueillera les faits et les preuves. L'examen sera reporté jusqu'à ce qu'un opérateur qualifié soit disponible pour le réaliser, mais pas au-delà de 72 heures après les faits. La victime a le droit de décider de se faire examiner ou non. Un traitement peut être institué sans examen si tel est le choix de la victime. En ce qui concerne la prise en charge des mineurs en-dessous de l'âge légal, on se conformera aux directives locales – habituellement l'accord parental est exigé. **Si possible, ne pas refuser à des adolescents l'accès immédiat aux services de santé.**

En l'absence de structures ou de services spécialisés en mesure de réaliser un examen plus complet, on recueillera **au minimum** les informations suivantes : date et heure de l'agression ; date et heure de l'examen ; déclaration de la victime ; et résultats des observations cliniques et de tout autre examen pratiqué. Ces informations

seront recueillies ou transmises aux autorités uniquement si la victime y consent. Etre bien informé sur les obligations à assumer ensuite sur le plan juridique, en cas de signalement d'une agression, et de poursuites judiciaires. Dans l'idéal, un opérateur médico-sanitaire du même sexe que la victime devrait accompagner la victime pendant le recueil des faits et l'examen.

On consignera soigneusement dans un dossier tous les éléments recueillis pendant l'examen médical. Des dessins illustrant les données peuvent par la suite aider à se souvenir de détails observés pendant l'examen.



Étape 4 : Prise en charge médicale

Cas de violence sexuelle identifiée

Etre prêt à offrir une prise en charge clinique et psychologique appropriée aux victimes de violence

Évaluation initiale et consentement préalable

Appréciation rapide des besoins en matière d'appui psychosocial

Expliquer les options possibles et aider à élaborer un plan

Préparer la victime à l'examen physique (si elle consent à s'y soumettre

Obtenir le consentement éclairé pour tout examen, tout traitement, toute déclaration ou toute orientation vers des services appropriés

Recueil des faits et des preuves

Noter le récit des faits. Adresser à un service spécialisé si examen médico-légal souhaité et si absence d'opérateur qualifié sur place

Recueillir les preuves médico-légales

Pratiquer un examen physique et génital

Prise en charge médicale

Soigner toute blessure

Conseiller la victime

Offrir la contraception d'urgence

Offrir un traitement anti- IST à titre prophylactique, s'il y a lieu

Orientation vers des services appropriés

La prise en charge médicale de la victime englobe le traitement de toute blessure contractée pendant l'agression, et le conseil initial. La contraception d'urgence et le traitement prophylactique anti-IST seront proposés sans délai aux victimes d'agression sexuelle. Dans le cas de nombreuses femmes, la crainte d'une grossesse ou d'une infection peut aggraver et prolonger le traumatisme subi, et savoir qu'il est possible de réduire ces risques peut apporter à la victime un immense soulagement.

CONTRACEPTION D'URGENCE

Les pilules contraceptives d'urgence peuvent être utilisées jusqu'à 5 jours après le rapport non protégé. Toutefois, plus elles sont prises tôt, plus elles sont efficaces. Plusieurs protocoles existent – pilules contraceptives à base de lévonorgestrel seul, ou contraceptifs oraux combinés (voir Encadré 6.2, page 90).

La deuxième option pour la contraception d'urgence consiste dans la pose d'un dispositif intra-utérin en cuivre, dans les 5 jours qui suivent le viol. Cette option permet de prévenir plus de 99 % de grossesse. Le DIU peut être retiré aux prochaines règles, ou rester en place pour la poursuite de la contraception. S'il y a pose d'un DIU, faire en sorte de **donner un traitement anti-IST complet**, comme recommandé au Tableau de traitement 13.

Passé le délai de 5 jours, informer la femme sur les services d'avortement provoqué à disposition (dans la plupart des pays, l'avortement après un viol est légal). Une femme qui a été violée doit en premier lieu se voir proposer un test de grossesse afin d'écarter l'éventualité d'une grossesse pré-existante.

PROPHYLAXIE POST- EXPOSITION AUX IST

La possibilité de traiter la personne contre un certain nombre d'IST représente un autre avantage concret d'une intervention médicale précoce suite à un viol. Le traitement prophylactique anti-IST peut être instauré le même jour que la contraception d'urgence ; toutefois, les doses doivent être étalées sur la journée (et prises avec de la nourriture) afin de réduire les effets secondaires tels que des nausées.

La période d'incubation des différentes IST est variable : quelques jours pour la gonococcie et le chancre mou ; des semaines, voire des mois pour la syphilis et l'infection à VIH. Le traitement peut donc éliminer une source de stress, mais il appartient à la femme de décider d'accepter le traitement prophylactique, ou d'attendre les résultats du dépistage des IST.

Le Tableau de traitement 13 présente les options qui sont efficaces, qu'elles soient prises tôt après l'exposition, ou après l'apparition de symptômes.

Tableau de traitement 13. Options réservées à l'adulte, pour le traitement présomptif des IST

Couverture	Option 1 Tous en dose unique, très efficaces. Choisir un médicament de chaque case ci-dessous (= 3 ou 4 médicaments)[a]	Option 2 Autres médicaments efficaces – résistance possible dans certaines régions, ou à prendre en plusieurs fois	Si la patiente est enceinte, allaitante ou âgée de moins de 16 ans Choisir un médicament de chaque case (= 3 ou 4 médicaments)[a]
Syphilis	**benzathine pénicilline** 2,4 millions d'unités en injection intramusculaire	**doxycycline**[c] 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours (uniquement en cas d'allergie à la pénicilline)	**benzathine pénicilline** 2,4 millions d'unités en injection intramusculaire
Gonococcie/ chancre mou	**céfixime** 400 mg par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125 mg en injection intramusculaire	**ciprofloxacine**[d] 500 mg par voie orale en dose unique, ou **spectinomycine** 2 g en injection intramusculaire	**céfixime** 400 mg par voie orale en dose unique, ou **ceftriaxone** 125 mg en injection intramusculaire
Chlamydia/ lymphogranulomatose vénérienne	**azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique	**doxycycline**[c] 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours, ou **tétracycline**[c] 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours	**azithromycine** 1 g par voie orale en dose unique, ou **erythromycine** 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours
Trichomonase	**métronidazole**[b] 2 g par voie orale en dose unique	**tinidazole**[e] 2 g par voie orale en dose unique	**métronidazole**[b] 2 g par voie orale en dose unique, ou 400-500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours

a. La benzathine pénicilline n'est pas indispensable, si le traitement prévoit soit azithromycine 1 g, soit 14 jours de doxycycline, tétracycline ou érythromycine, tous étant très efficaces contre une syphilis en phase d'incubation.

b. Le métronidazole est à éviter pendant le premier trimestre de la grossesse. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par métronidazole.

c. Les médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.

d. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.

e. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par tinidazole.

D'autres antibiothérapies contre la gonococcie sont indiquées à l'Annexe 3.

Le traitement d'éventuelles IST chez l'enfant est semblable à celui des adultes. Les posologies recommandées sont indiquées au Tableau de traitement 14.

Tableau de traitement 14. Options réservées à l'enfant, pour le traitement présomptif des IST

Couverture	Tous les antibiotiques en dose unique sont très efficaces. Choisir un médicament de chaque case (= 3 ou 4 médicaments)	Enfants plus âgés et adolescents
Syphilis	**benzathine pénicilline**[b] 50 000 unités/kg de poids corporel en injection intramusculaire, ou **erythromycine** 12,5 mg/kg de poids corporel, par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours	>45 kg utiliser le protocole pour l'adulte
Gonococcie[a]**/ chancre mou**	**céfixime** 8 mg/kg de poids corporel en dose unique, ou **ceftriaxone** 125 mg en injection intramusculaire, ou **spectinomycine** 40 mg/kg de poids corporel (maximum 2 g) en injection intramusculaire	>45 kg utiliser le protocole pour l'adulte
Chlamydia/ lymphogranulomatose vénérienne	**erythromycine** 12,5 mg/kg de poids corporel 4 fois par jour pendant 7 jours	12 ans ou plus, utiliser le protocole pour l'adulte
Trichomonase	**métronidazole**[c] 5 mg/kg de poids corporel, par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours	12 ans ou plus, utiliser le protocole pour l'adulte

a. D'autres antibiothérapies contre la gonococcie sont indiquées à l'Annexe 4.
b. En cas de traitement de la syphilis par érythromycine, chez l'enfant, n'utliser que 3 médicaments.
c. La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par métronidazole.

Prophylaxie post-exposition au VIH

L'éventualité de la transmission du VIH doit être soigneusement examinée, car elle est l'une des conséquences du viol les plus redoutées. Actuellement, rien ne permet de conclure au pouvoir préventif de la prophylaxie post-exposition (PPE) suite à une exposition sexuelle au VIH, et la PPE n'est pas largement disponible. Là où elle peut matériellement être proposée, les victimes qui souhaitent en connaître les risques et les avantages seront orientés vers un service spécialisé dans les 72 heures qui suivent le viol. L'opérateur évaluera les connaissances de la personne sur le VIH et sur ses modes de transmission, et adaptera sa séance d'information/conseil en conséquence. Il sera tenu compte de la prévalence locale du VIH et d'autres facteurs (traumatisme, exposition à d'autres IST) susceptibles d'influer sur le risque de transmission.
Aux personnes optant pour une PPE, on donne habituellement deux, voire trois antirétroviraux à prendre pendant 28 jours.

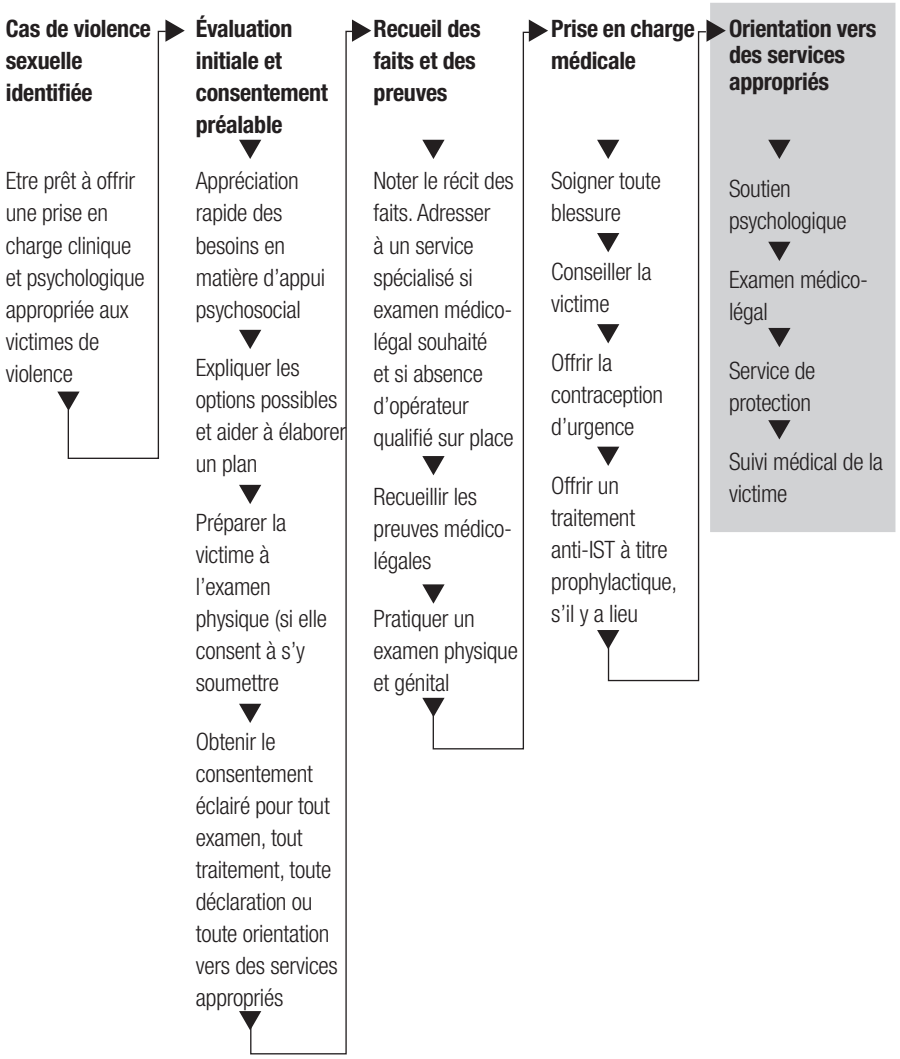
Vaccination à titre prophylactique, contre le virus de l'hépatite B

L'hépatite B se transmet aisément par le biais à la fois de contacts sexuels et de contacts avec du sang. Plusieurs vaccins efficaces existent, mais ils sont onéreux et doivent être réfrigérés. Si la vaccination contre l'hépatite B est disponible, elle sera proposée aux victimes d'un viol dans les 14 jours qui suivent l'agression, si possible. Habituellement, on effectue trois injections en intramusculaire à 0, 1, et 6 mois (lire les instructions figurant sur l'emballage, car le calendrier varie en fonction du type de vaccin). Le vaccin contre l'hépatite B peut être administré aux femmes enceintes et aux personnes porteuses d'une infection par le virus de l'hépatite B (VHB), chronique ou antérieure. Là où des programmes de vaccination infantile existent, il n'est pas nécessaire d'administrer des doses supplémentaires de vaccin contre l'hépatite B aux enfants déjà vaccinés dans le cadre de ces programmes. L'immunoglobuline anti-hépatite n'est pas indispensable, si on administre le vaccin.

Toxoïde tétanique

La prévention du tétanus englobe le nettoyage soigneux de toutes les plaies. Une victime présentant des lacérations, des plaies et/ou des abrasions doit être vaccinée contre le tétanos. En cas de vaccination antérieure, seul un rappel est nécessaire. Dans le cas contraire, prévoir une seconde vaccination un mois plus tard, et une troisième de 6 à 12 mois plus tard. Si les plaies sont sales, ou remontent à plus de 6 heures, et que la victime n'a jamais été vaccinée, administrer également l'immunoglobuline antitétanique.

Étape 5 : Orientation vers un service spécialisé



Après l'administration des premiers soins, il peut être nécessaire de faire appel à d'autres structures en mesure d'offrir des services supplémentaires tels que le soutien psychologique. S'il en existe, un organisme ou foyer assurant des services de protection, procédera à une évaluation de la sécurité personnelle de la victime, et prendra les mesures qui s'imposent si elle a besoin d'être protégée. L'orientation vers un service spécialisé, en vue d'un examen médico-légal, interviendra si la victime souhaite cet examen, et faute de pouvoir le pratiquer convenablement au dispensaire.

Il est essentiel d'organiser le suivi (rendez-vous et prestations) lors de la première visite. On indiquera clairement à la femme qui contacter si elle a d'autres questions ou si elle continue à avoir des problèmes physiques ou psychologiques liées à l'agression. Les adolescent(e)s en particulier peuvent avoir besoin de soutien pour surmonter le traumatisme, n'étant peut-être ni en mesure ni disposés à dévoiler cette douloureuse expérience à leurs parents, ou aux personnes qui les élèvent ou les encadrent.

ANNEXES

Annexe 1. Compétences cliniques nécessaires pour la prise en charge des IST/IAR

Annexe 2. Désinfection et précautions universelles

Annexe 3. Examens de laboratoire pour le diagnostic d'IAR

Annexe 4. Médicaments

Annexe 5. IST/IAR - tableau de référence

Annexe 6. Ressources additionnelles et lectures suggérées

ANNEXE 1. COMPÉTENCES CLINIQUES NECESSAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DES IST/IAR

Sommaire

- Recueil des antécédents/anamnèse
- Symptômes d'IST/IAR courants
- Examen des patients

ANAMNÈSE

Une IST/IAR étant généralement considérée comme une maladie honteuse, les patients en parlent souvent à contrecœur. Afin de mettre les patients à l'aise pendant l'anamnèse et l'examen, le professionnel de la santé doit manifester de l'intérêt et de la sympathie, et éviter d'avoir l'air distrait ou réprobateur.

- Saluer le patient
- L'encourager à parler
- Le regarder
- L'écouter.

Une évocation des antécédents sexuels peut aider à prendre les bonnes décisions concernant la prise en charge des IST/IAR, ou les examens ou tests supplémentaires à réaliser dans l'intérêt du patient. Dans un endroit discret, sans risque d'être entendu par qui que ce soit d'autre, on interrogera le patient sur les points suivants :

- Motif de sa visite ;
- Antécédents sociaux, notamment facteurs susceptibles d'accroître le risque d'IST/IAR ;
- Antécédents médicaux, notamment allergie à certains médicaments ;
- Grossesses antérieures, date des dernières règles, caractéristiques du cycle menstruel, contraception ;
- Antécédents sexuels, notamment comportement pouvant avoir exposé à un risque accru ;
- Symptômes qui motivent la présente consultation ;
- Symptômes d'IST/IAR remarqués/ressentis.

SYMPTÔMES D'IST/IAR COURANTS

De nombreux patients ayant une IAR se plaignent de symptômes associés à des syndromes précis. Les professionnels de la santé peuvent se reporter aux algorithmes présentés aux Chapitres 8 et 9, indiquant la conduite à tenir en fonction des syndromes.

Femmes	Hommes	Syndrome
Écoulement vaginal anormal (odeur, couleur, quantité ou consistance). Prurit ou irritation au niveau de la vulve ou du vagin		Écoulement vaginal (Algorithme 1 et 9)
	Écoulement urétral Miction douloureuse (dysurie)	Écoulement urétral (Algorithme 5)
Douleur abdominale basse		Douleur abdominale basse (Algorithme 2)
Vésicules/phlyctènes lésions ou ulcérations génitales		Ulcération génitale (Algorithme 3)
Tuméfaction, grosseurs, ou ulcération dans la région de l'aine		Bubon inguinal (algorithme 4)

Les autres symptômes et signes évocateurs d'IAR ou susceptibles d'influer sur la nature de la prise en charge sont décrits ci-dessous :

- Chez la femme, les douleurs à la miction (dysurie) peuvent être pathognomoniques d'une infection vaginale ou cervicale, ou d'une infection des voies urinaires. S'il y a également un écoulement vaginal, se reporter à l'algorithme relatif à l'écoulement vaginal. Dans le cas contraire, des examens ou tests à la recherche d'une infection cervicale ou d'une infection urinaire peuvent s'avérer nécessaires.
- Des signes d'infection s'accompagnant d'une absence de règles (aménorrhée) ou de saignements intermittents peuvent être indicateurs d'une grossesse. La femme sera prise en charge selon l'algorithme approprié, présenté au Chapitre 9.
- Un écoulement, des lésions ou des condylomes dans la région anale peuvent être imputables à bon nombre des IST à l'origine d'une infection génitale. Le traitement de ces manifestations est le même que pour l'infection génitale.
- Des ulcérations et autres lésions à l'intérieur ou autour de la bouche peuvent signer une syphilis ou un herpès.

- Une infection de la gorge/pharyngée à gonocoque est également possible. Un traitement en dose unique par ceftriaxone (125 mg), céfixime (400 mg), ciprofloxacine (500 mg), ou ofloxacine (400 mg) est recommandé (voir Tableau 8).

EXAMEN DES PATIENTS[1]

Les patients seront examinés dans les mêmes conditions de confidentialité que celles de l'anamnèse. Ils et elles doivent avoir l'assurance que personne n'entrera dans la pièce pendant qu'ils ou qu'elles se dévêtissent ou sont allongé(e)s sur la table d'examen. Lorsqu'il s'agit d'un patient du sexe opposé, il est habituellement conseillé que l'examen se déroule en présence d'un(e) assistant(e) du même sexe que le patient.

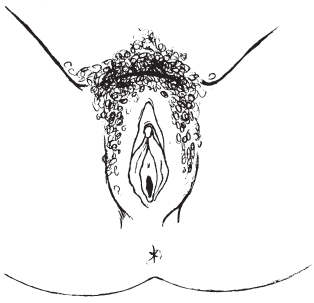
Tous les examens commenceront par une évaluation générale – signes vitaux et inspection de la peau, à la recherche de signes de maladie systémique. La revue de tous les aspect de l'examen physique n'entre pas dans le cadre du présent Guide.

L'examen génital de la femme se déroule en trois temps, en fonction de l'équipement et des fournitures disponibles.

- L'examen des organes génitaux externes ;
- L'examen au spéculum ;
- L'examen bimanuel.

L'EXAMEN DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DE LA FEMME

Avant de commencer :



- S'assurer que le caractère intime et privé de l'examen sera préservé.
- Demander à la femme d'aller uriner.
- Bien se laver les mains à l'eau claire et au savon.
- Demander à la femme de se dévêtir. La couvrir avec un drap ou un linge.
- La faire allonger sur le dos, les jambes repliées et les talons remontés très près du fessier. Expliquer en quoi va consister l'examen.
- Mettre un gant propre à la main qui sera introduite dans le vagin.

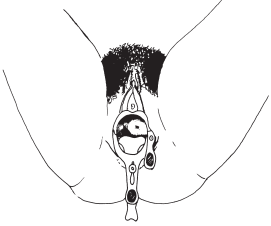
[1] Cette section est en grande partie adaptée de : Burns A et al. *Where women have no doctor*. Berkeley, Hesperian Foundation, 1997.

Pratiquer l'examen sous un bon éclairage. Examiner en douceur– avec la main gantée – les parties génitales externes, le périnée et l'anus à la recherche de grosseurs, d'une tuméfaction, d'un écoulement inhabituel, de lésions, de coupures et de cicatrices autour des organes génitaux et entre les plis cutanés de la vulve.

Signes à rechercher lors d'un examen externe	**Prise en charge**
Un écoulement et un érythème vulvaire signent habituellement une vaginite. Lorsque l'écoulement est blanc et caillebotté, une candidose est probable.	Écoulement vaginal, Algorithme 1 (pour les femmes enceintes, Algorithme 9)
Ulcérations, lésions ou vésicules/phlyctènes.	Ulcérations génitales, Algorithme 3
Tuméfaction ou grosseurs à l'aine (lymphadénopathie inguinale).	Bubon inguinal, Algorithme 4

Comment réaliser un examen au spéculum

- Vérifier avant utilisation que le spéculum a été convenablement désinfecté ou mieux, stérilisé (voir Annexe 3). Humidifier le spéculum avec de l'eau chaude ou avec un lubrifiant avant de l'introduire.

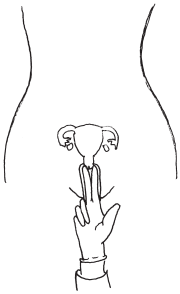


- Main gantée, introduire le doigt dans l'orifice vaginal (certains cliniciens utilisent l'extrémité du spéculum au lieu du doigt). Tout en introduisant le doigt, exercer délicatement une pression vers le bas sur les muscles constricteurs du vagin. Travailler lentement, ce qui laisse à la femme le temps de détendre ses muscles.
- Avec l'autre main, maintenir les lames du spéculum bien serrées entre l'index et le majeur. Glisser les lames dans le vagin. Veiller à ne pas appuyer sur l'urètre ou sur le clitoris, qui sont des zones très sensibles. Lorsque la moitié du spéculum est à l'intérieur du vagin, le faire pivoter de sorte que la poignée soit orientée vers le bas. A noter : sur certaines tables d'examen, il n'y a pas assez de place pour orienter la poignée du spéculum vers le bas – dans ce cas, le faire pivoter de façon à en orienter la poignée vers le haut.
- Avec délicatesse, écarter légèrement les lames et observer le col utérin. Bouger lentement et délicatement le spéculum jusqu'à ce que vous aperceviez bien le col utérin entre les lames. Verrouiller le spéculum afin qu'il reste en place.
- Contrôler le col utérin, dont l'aspect doit être rosé, rond et lisse. Il peut y avoir des petits kystes jaunâtres (œufs de Naboth), des zones inflammatoires au pourtour de l'orifice cervical, ou de la glaire cervicale translucide ; tout ceci est normal. Rechercher des signes d'infection cervicale : écoulement jaunâtre, ou col utérin qui saigne facilement au toucher avec un écouvillon. Noter toute grosseur ou lésion anormale.

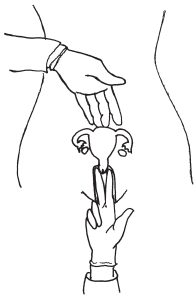
- Regarder si l'orifice cervical est ouvert ou fermé, et s'il y a un écoulement ou un saignement. Lors d'un examen motivé par un écoulement vaginal sanguinolent chez une femme après un accouchement, un avortement provoqué ou spontané, rechercher la présence de débris tissulaires provenant de l'orifice cervical.
- Pour retirer le spéculum, le tirer doucement vers soi jusqu'à ce que les lames soient sorties du col utérin. Ensuite, resserrer les lames et tirer doucement en arrière, en tournant délicatement le spéculum afin d'inspecter les parois du vagin.
- Désinfecter le spéculum après chaque examen.

Signes à rechercher lors d'un examen au spéculum	**Prise en charge**
L'écoulement vaginal et l'aspect inflammatoire (rouge) des parois vaginales sont des signes habituels de vaginite. Lorsque l'écoulement est blanc et caillebotté, une candidose est probable.	Écoulement vaginal, Algorithme 1 (pour les femmes enceintes, Algorithme 9)
Ulcérations, lésions et vésicules/phlyctènes.	Ulcérations génitales, Algorithme 3
Si le col utérin saigne facilement au toucher ou si l'écoulement a un aspect mucopurulent, une infection cervicale est probable.	Tableau de traitement 2
Après un accouchement, un avortement provoqué ou spontané, rechercher la présence d'un saignement vaginal ou de débris tissulaires, et vérifier l'aspect du col utérin.	Complications de l'avortement provoqué ou spontané, Algorithme 6
Tumeurs ou autre tissu d'aspect anormal au niveau du col.	Faire appel à un service spécialisé, pour cytologie ou test de Papanicolaou

Comment palper les organes génitaux profonds/situés dans l'abdomen : l'examen bimanuel

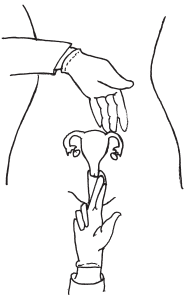


- Déterminer s'il y a douleur à la mobilisation du col. Main gantée, introduire l'index dans le vagin de la femme, tout en exerçant délicatement une pression vers le bas sur les muscles constricteurs. Lorsque les muscles se relâchent, introduire également le majeur. Tourner la paume de la main vers le haut.
- Palper l'ouverture de l'utérus (col utérin) pour vérifier s'il est bien ferme et rond. Puis prendre le col entre les deux doigts et le faire bouger délicatement tout en observant l'expression du visage de la femme. Ce geste ne doit normalement pas causer de douleur ; dans le cas contraire, la femme fait une grimace révélatrice ; on dit alors qu'il y a sensibilité à la mobilisation du col utérin – ce qui peut être le signe d'une infection de l'utérus, des trompes ou des ovaires. Si le col est mou, la femme est peut-être enceinte.
- Palper l'utérus en appuyant délicatement sur le bas de l'abdomen avec l'autre main, pour rapprocher les organes profonds (utérus, trompes et ovaire) des deux doigts insérés. L'utérus peut être incliné en avant ou en arrière. S'il n'est pas en face du col utérin, soulever délicatement le col et palper doucement tout autour afin de trouver le corps de l'utérus. S'il est sous le col, il est incliné en arrière.
- Après avoir trouvé l'utérus, en évaluer la taille et la forme. Pour cela, prendre délicatement le col utérin entre les deux doigts insérés dans le vagin, puis « promener » la main extérieure autour de l'utérus, lequel doit être ferme, lisse et plus petit qu'un citron.



  - Si l'utérus est mou et gros, la femme est probablement enceinte.
  - S'il est irrégulier et dur, elle a peut-être un fibrome ou autre grosseur.
  - S'il est douloureux au toucher, elle a peut-être une infection.
  - S'il ne bouge pas librement, les cicatrices d'une ancienne infection peuvent en être l'explication.
- Evaluer les trompes et les ovaires. S'ils sont normaux, ils seront difficiles à trouver. Toute grosseur plus grosse qu'une amande ou très douloureuse au palper peut signer une infection ou toute autre pathologie à prendre en charge d'urgence. Si la femme a une grosseur douloureuse, avec un retard de règles, il peut s'agir d'une grossesse ectopique, auquel cas il faut **sans attendre faire appel à un médecin**.

- Faire glisser les doigts le long de la paroi vaginale. S'assurer qu'il n'y a ni grosseur, ni déchirure, ni lésion inhabituelles.
- Demander à la femme de tousser, ou de pousser comme pour déféquer. Voir si quelque chose sort du vagin. Si oui, elle peut avoir une descente d'utérus ou de vessie (prolapsus).
- Une fois l'examen bimanuel terminé, nettoyer et désinfecter le gant s'il doit être réutilisé. Bien se laver les mains à l'eau et au savon.



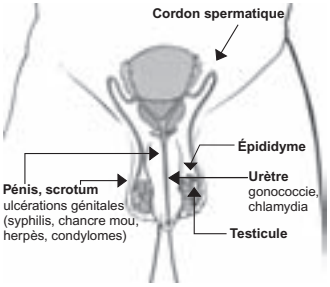
Signes à rechercher lors d'un examen bimanuel	**Prise en charge**
Douleur au niveau du bas de l'abdomen, à la pression exercée sur l'utérus avec la main extérieure.	Utiliser l'Algorithme 2 relatif à la prise en charge de la douleur abdominale basse, si une sensibilité est mise en évidence à l'examen abdominal et bimanuel.
Douleur à la mobilisation du col (l'expression du visage est révélatrice), lorsqu'on le fait bouger latéralement entre les deux doigts de la main gantée, introduits dans le vagin.	
Une douleur utérine ou annexielle à la pression bimanuelle exercée sur l'utérus (centre) et sur les annexes (de chaque côté de l'utérus).	
Grosseur ou induration anormale, notée au toucher.	Faire appel à un service spécialisé, pour cytologie ou test de Papanicolaou

SYMPTÔMES ET SIGNES D'IAR CHEZ LA FEMME

Syndrome	Symptômes	Signes
Vaginite (Algorithme 1)	Écoulement vaginal anormal (couleur, odeur, quantité et consistance) Prurit ou irritation de la vulve et du vagin	Rougeurs vulvovaginales Écoulement observé lors d'examen externe ou au spéculum
Cervicite (Tableau de traitement 2)	Habituellement aucun. Parfois brûlures à la miction, ou saignements légers après les rapports sexuels	Écoulement cervical mucopurulent Col qui saigne au toucher
Douleur abdominale basse (Algorithme 2)	Douleur abdominale basse Douleur pendant les rapports	Sensibilité du bas de l'abdomen à l'examen abdominal Douleur à la mobilisation du col, à l'examen bimanuel Douleur utérine ou annexielle à l'examen bimanuel
Ulcérations génitales (Algorithme 3)	Lésions, vésicules ou ulcérations génitales	
Bubon inguinal (Algorithme 4)	Tuméfaction, grosseurs ou ulcérations dans la région de l'aine	

EXAMINER UN PATIENT DE SEXE MASCULIN

- Se laver les mains avant l'examen et enfiler des gants propres.
- Expliquer au patient ce que vous allez faire, à chaque étape de l'examen.
- Demander au patient de se mettre debout et de descendre son pantalon jusqu'aux genoux. Certains professionnels de la santé préfèrent que l'homme soit allongé pendant l'examen.
- Palper la région inguinale (aine) à la recherche de ganglions lymphatiques hypertrophiés et de bubons.
- Palper le contenu scrotal, avec de chaque côté : testicule, épididyme et cordon spermatique.



- Examiner le pénis, pour voir s'il comporte des rougeurs ou des lésions.

- Demander au patient de rétracter son prépuce, s'il y a lieu, et examiner le gland et le méat urinaire.
- Si absence d'écoulement évident, demander au patient de compresser son urètre afin d'exprimer les sécrétions.
- Demander au patient de se retourner et de se pencher en avant, fesses légèrement écartées. On peut aussi faire allonger le patient sur le côté, avec la jambe extérieure repliée sur la poitrine.
- Examiner l'anus à la recherche d'ulcérations, de condylomes, de rougeurs, ou d'un écoulement.
- Se laver les mains après l'examen.
- Enregistrer les conclusions de l'examen, et notamment la présence ou l'absence d'ulcérations, de bubons, de condylomes, et d'un écoulement urétral (indiquer la couleur et la quantité).

SIGNES À RECHERCHER LORS DE L'EXAMEN D'UN PATIENT DE SEXE MASCULIN

Signes à rechercher	**Prise en charge**
Écoulement urétral	Écoulement urétral (Algorithme 5)
Ulcérations, lésions ou vésicules/phlyctènes	Ulcérations génitales (Algorithme 3)
Tuméfaction ou grosseurs à l'aine (lymphadénopathie inguinale) et tuméfaction des testicules	Bubon inguinal (Algorithme 4)

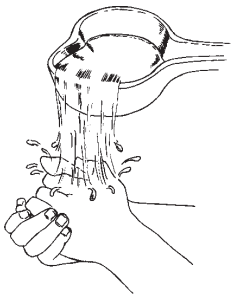
ANNEXE 2. DÉSINFECTION ET PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES

Sommaire

- Prévention des infections en milieu clinique
- Désinfection poussée : trois étapes
- Précautions universelles

PRÉVENTION DES INFECTIONS EN MILIEU CLINIQUE[1]

Se laver les mains avant et après chaque patient. C'est le moyen le plus important de débarrasser la peau des microbes. Se laver les mains encore plus soigneusement et plus longtemps :



- Avant d'aider quelqu'un à donner naissance à un enfant, et après ;
- Avant et après tout contact avec une plaie ou une peau lésée ;
- Avant et après un acte invasif/effractif (injection, incision ou percement d'une partie du corps ;
- Après tout contact avec du sang, de l'urine, des selles, de la glaire, ou du liquide s'écoulant du vagin ;
- Après avoir retiré les gants.

Utiliser du savon ou un désinfectant pour éliminer les souillures et les microbes. En comptant jusqu'à 30, se nettoyer à fond les mains à l'eau savonneuse. Utiliser une brosse ou un bâtonnet souple pour nettoyer sous les ongles. Puis rincer à l'eau courante. Ne pas réutiliser l'eau.

Désinfecter ou stériliser le matériel et les instruments. Le nettoyage des instruments et de l'équipement, afin d'éliminer presque tous les microbes, s'appelle la désinfection poussée. Les instruments seront d'abord lavés, puis désinfectés s'ils doivent être réutilisés pour :

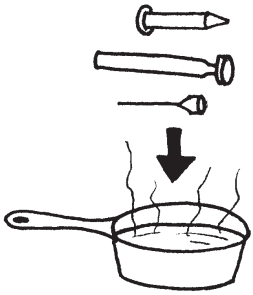
- Inciser ou percer ou tatouer la peau ;
- Pratiquer une injection ;
- Sectionner le cordon pendant l'accouchement ;

[1] Adapté de *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, USA, Hesperian Foundation, 1997.

- Examiner le vagin, en particulier pendant ou après la naissance, une fausse couche, ou un avortement provoqué ou spontané ;
- Réaliser tout acte transcervical.

DÉSINFECTION POUSSÉE : TROIS ÉTAPES[1]

1. Le trempage. Faire tremper les instruments pendant 10 minutes, si possible, dans une solution d'eau de Javel à 0,5 %. L'utilisation d'une solution d'eau de Javel pour cette étape protégera contre l'infection lors du lavage (étape suivante). Faute de disposer de chlore, laisser tremper les instruments dans l'eau.
2. Le lavage. Laver à fond tous les instruments avec une brosse et de l'eau savonneuse, et rincer à l'eau claire. Attention à ne pas se couper/perforer sa peau avec les bords tranchants ou des instruments pointus. Porter des gants épais, si possible.
3. La désinfection. Passer les instruments à la vapeur ou les ébouillanter pendant 20 minutes.



- Pour les passer à la vapeur, il faut un récipient avec un couvercle. Il n'est pas nécessaire de recouvrir d'eau les instruments, mais il faut suffisamment d'eau pour que de la vapeur s'échappe par les côtés du couvercle pendant 20 minutes. Ne pas surcharger. Aucun instrument ne doit dépasser du récipient.
- Pour les ébouillanter, inutile de remplir totalement le récipient d'eau. Mais il faut faire en sorte que pendant toute la durée de l'opération, l'eau recouvre tout ce qu'il y a dans le récipient. Mettre un couvercle sur le récipient.
- Pour les deux systèmes, compter 20 minutes à partir du moment où l'eau avec les instruments dedans est parvenue à ébullition. Ne plus rien mettre d'autre dans le récipient, une fois que le décompte des minutes a commencé.

Comment préparer une d'eau de Javel à 5 % :

- Si l'étiquette sur d'eau de Javel indique :
  - chlore libre à 2 % : utiliser 1 mesure d'eau de Javel pour 3 mesures d'eau
  - chlore libre à 5 % : utiliser 1 mesure d'eau de Javel pour 9 mesures d'eau

[1] Adapté de *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, USA, Hesperian Foundation, 1997.

- chlore libre à 10 % : utiliser 1 mesure d'eau de Javel pour 19 mesures d'eau
- chlore libre à 15 % : utiliser 1 mesure d'eau de Javel pour 29 mesures d'eau

- Préparer juste assez de solution pour une journée. Ne pas la réutiliser le jour suivant, car son pouvoir antiseptique sera devenu insuffisant.

PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES[1]

Les mêmes précautions contre la propagation des infections – précautions universelles – doivent être prises avec tous les patients, qu'ils aient l'air malade ou bien portants, et que leur statut vis-à-vis du VIH ou de toute autre infection soit connu ou non.

Un certain nombre d'IAR peuvent se transmettre de patient à soignant, ou à d'un patient à un autre patient, si les précautions de base ne sont pas prises. L'hépatite B et C ainsi que l'infection à VIH sont des infections incurables dues à des virus qui se transmettent aisément par le biais de la réutilisation d'objets tranchants contaminés. Comme les IAR sont souvent asymptomatiques, il n'est pas possible de savoir d'emblée quel patient est porteur d'une infection. C'est pourquoi les précautions universelles doivent être appliquées avec tous les patients, indépendamment de toute présomption d'infection ou certitude à cet égard.

Appliquer les précautions avec chaque personne vue en consultation. Suivre les conseils ci-dessous, chaque fois qu'on est amené à inciser sur la peau ou qu'il y a contact avec des liquides corporels, notamment lorsqu'on fait une injection, qu'on effectue une suture sur la peau ou des tissus, qu'on aide à un accouchement, ou qu'on pratique un examen vaginal.

En suivant ces règles, on ne risque pas de propager une infection d'une personne à une autre, ou d'être infecté soi-même.

- Eviter tout contact avec des liquides corporels, tels que le sang, les vomissements, les selles et l'urine.
- Ne faire aucune utilisation commune d'objets en contact avec du sang, tels que rasoirs, aiguilles, instruments tranchants qui coupent la peau, et brosses à dents. Si cette pratique est inévitable, désinfecter les objets en question avant que quiconque ne les réutilise.
- Couvrir les plaies avec un pansement ou un linge propre.
- Utiliser des gants ou un sachet en plastique pour manipuler les pansements et linges souillés, le sang, les vomissements ou les selles.

[1] Adapté de *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, USA, Hesperian Foundation, 1997.

- Se laver les mains à l'eau et au savon après avoir changé de la literie ou des vêtements souillés.
- Assurer la propreté de la literie et du linge, ce qui contribue au confort des malades, et à la prévention des problèmes de peau. Manipuler avec précaution linge ou draps tachés de sang, de diarrhée ou d'autres liquides corporels. Les laver séparément. Laisser sécher au soleil, si possible, ou repasser après séchage.

ANNEXE 3. EXAMENS DE LABORATOIRE POUR LE DIAGNOSTIC D'IAR

Sommaire

- Interprétation des résultats des tests de la syphilis
- Critères cliniques relatifs à la vaginose bactérienne
- Examen microscopique d'une préparation à l'état frais
- Examen microscopique des frottis vaginaux colorés au Gram
- Examen microscopique des frottis cervicaux colorés au Gram

Test RPR, en laboratoire

Réalisation d'un test RPR, et lecture des résultats :

Obtenir le consentement.

Expliquer la marche à suivre.

Utiliser une aiguille et une seringue stériles. Prélever 5 ml de sang. Verser dans un tube à essai.

Laisser l'échantillon reposer pendant 20 minutes, pour permettre la séparation du sérum. (Ou centrifuger pendant 3–5 minutes à 2000–3000 tours/minute). Le sérum isolé/séparé se retrouve alors à la surface de l'échantillon.

A l'aide d'une pipette-étaleur, prélever un peu de sérum. Faire attention de ne pas inclure de globules rouges, situés dans la partie inférieure de l'échantillon séparé.

Tenir la pipette à la verticale au-dessus d'un cercle de la carte. Laisser s'écouler une goutte (50 ml) de sérum. Au moyen d'un cure-dent non utilisé ou de tout autre objet propre, étaler la goutte de façon à recouvrir toute la surface du cercle.

Important : *on peut tester plusieurs échantillons sur une même carte. Attention : ne pas dépasser les limites de chaque cercle. Utiliser un étaleur propre pour chaque échantillon. Apposer soigneusement sur chaque échantillon le nom du patient ou un numéro d'identification*.

Disposer une aiguille compte-gouttes à l'extrémité d'une seringue. Agiter l'antigène*. Prélever suffisamment d'antigène (prévoir une goutte par test).

Seringue bien à la verticale, laisser s'écouler exactement une goutte d'antigène sur chaque échantillon à tester. Ne pas agiter.

Faire tourner doucement, et pendant 8 minutes, la carte tenue dans la paume de la main.** (ou utiliser un agitateur rotatif mécanique).

Interprétation des résultats

Après 8 minutes de rotation, observer la carte sous un bon éclairage. Retourner ou incliner la carte pour voir s'il y a des agglutinats (résultat positif). Pour la lecture des résultats, la plupart des cartes comportent des cercles témoins (négatifs et positifs), permettant de comparer.

Exemple de carte

1. Réaction négative (absence d'agglutinats ou présence d'une très légère irrégularité). Sérum négatif pour la syphilis
2. Réaction positive (agglutinats très visibles). Sérum positif pour la syphilis
3. Réaction faible (agglutinats minimes). Sérum positif pour la syphilis

NOTE : Réaction faible : les grains seront plus fins et donc moins faciles à distinguer que sur la présente illustration.

* S'assurer que l'antigène a été réfrigéré (et non congelé) et qu'il n'est pas périmé

** La température ambiante doit se situer entre 22,8°C et 29,3°C

Si RPR positif :

- Déterminer si la femme et son partenaire ont reçu un traitement adéquat.
- Dans le cas contraire, traiter la femme et à son partenaire contre la syphilis, au moyen de la benzathine pénicilline.
- Traiter le nouveau-né au moyen de la benzathine pénicilline.
- Revoir le nouveau-né 2 semaines plus tard.
- Expliquer en quoi consiste la sexualité à moindre risque.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES TESTS DE LA SYPHILIS

Les tests de la syphilis détectent les anticorps, dont la présence apporte la preuve d'une infection actuelle ou passée.

Les tests de la syphilis ne sont pas indispensables pour le diagnostic de l'ulcération génitale (dont la prise en charge s'effectuera selon l'Algorithme 3, page 121).

Les tests non tréponémiques (RPR et VDRL) constituent la méthode de choix/de prédilection pour le dépistage de la syphilis. Ces tests détectent presque tous les cas de syphilis précoce, mais des résultats faussement positifs sont possibles. Le test RPR ne nécessite pas l'utilisation d'un microscope.

Les tests tréponémiques (TPHA, FTA-ABS, MHA-TP – voir liste des abréviations), s'ils sont disponibles, peuvent être utilisés pour confirmer les résultats des tests non tréponémiques.

Les titres RPR quantitatifs peuvent aider à évaluer la réponse au traitement.

Le tableau ci-après peut être utilisé pour interpréter les résultats des tests de la syphilis.

Note : là où les tests complémentaires ne sont pas disponibles, **tous les patients ayant un test RPR ou VDRL positif seront traités**.

Interprétation des resultats des tests sérologiques

	RPR	Titre RPR	TPHA
Infection évolutive	+	>1 : 8	+
Syphilis latente	+	Souvent <1 : 4	+
Résultat faussement positif	+	Habituellement <1 : 4	-
Réussite du traitement	+ ou -	2 titres moins élevés (par ex : 1 : 16 à 1 : 4)	+

CRITÈRES CLINIQUES RELATIFS À LA VAGINOSE BACTÉRIENNE (VB)

Le diagnostic de vaginose bactérienne peut être posé d'après les seuls critères cliniques, avec ou sans l'aide d'un microscope	
Réalisation du prélèvement	Noter la couleur et la consistance de l'écoulement. Recueillir les sécrétions sur les parois vaginales ou profondément à l'intérieur du vagin là où les sécrétions s'accumulent (ou utiliser les sécrétions sur le spéculum). Poser le papier pH directement sur l'écouvillon ou sur le spéculum, et vérifier le pH.
Préparer la lame	Placer un peu de sécrétion vaginale sur une lame de verre. Ajouter une goutte d'hydroxyde de potassium à 10 % et noter l'odeur.
Que rechercher	Le diagnostic de VB repose sur la présence d'au moins 3 des caractéristiques suivantes : ▪ Écoulement homogène, gris-blanc, adhérent aux parois vaginales ▪ pH des sécrétions vaginales >4,5 ▪ Odeur aminée de poisson pourri lorsqu'on ajoute une goutte d'hydroxyde de potassium à 10 % aux sécrétions vaginales (test à la potasse positif) ▪ Présence de cellules ponctuées (« clue cells ») visibles à l'examen microscopique.
Important	Rechercher des signes d'autres infections vaginales ou cervicales – la coexistence de plusieurs infections est fréquente.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE PRÉPARATIONS À L'ÉTAT FRAIS

L'examen microscopique direct des sécrétions vaginales peut aider à poser le diagnostic de candidose (*Candida albicans*), de vaginose bactérienne et de trichomonase.	
Réalisation du prélèvement	Recueillir les sécrétions sur les parois vaginales ou profondément à l'intérieur du vagin là où les sécrétions s'accumulent.
Préparer la lame	Mélanger un peu de sécrétion vaginale avec une à deux gouttes de solution physiologique et disposer sur une lame ; couvrir avec une lamelle.
Que rechercher	Examiner au microscope (grossissement 100x), et repérer les mouvements saccadés typiques des trichomonas. Examiner au microscope (grossissement 400x) pour rechercher des levures et des trichomonas. Mélanger le prélèvement vaginal avec un goutte supplémentaire de solution physiologique et ajouter une goutte d'hydroxyde de potassium à 10 % pour dissoudre les autres cellules et faciliter la détection des levures.
Important	Rechercher des signes d'autres infections vaginales ou cervicales – la coexistence de plusieurs infections est fréquente.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE FROTTIS VAGINAUX COLORÉS AU GRAM

Réalisation du prélèvement	On peut préparer un frottis vaginal pour la coloration de Gram en même temps que la préparation extamporanée (à l'état frais) en faisant rouler l'écouvillon sur une seconde lame.
Préparation de la lame	1. Fixer en passant la lame à la flamme. 2. Colorer au violet cristal (laisser en contact 1 minute) et rincer. 3. Colorer à l'iode (1 minute) et rincer. 4. Décolorer par l'éthanol-acétone (quelques secondes jusqu'à ce que le liquide ne soit plus coloré en bleu). 5. Colorer à la safranine (1 minute) et rincer. 6. Sécher délicatement au buvard, et examiner à l'objectif à immersion (grossissement 1000x).
Que rechercher	1. Lactobacilles seulement – normal 2. Flore mixte, dominée par les lactobacilles, en présence de quelques germes (coccobacilles) – considéré comme normal 3. Présence de cellules ponctuées (« clue cells » ; flore mixte dominée par les germes de type *Gardnerella* et les bactéries anaérobies, avec quelques lactobacilles – traiter une VB 4. Présence de cellules ponctuées (« clue cells » ; flore mixte, composée de bâtonnets Gram-positifs, Gram-négatifs et variables au Gram ; absence de lactobacilles – traiter une VB
Important	Rechercher des signes d'autres infections vaginales ou cervicales – la coexistence de plusieurs infections est fréquente.

DIAGNOSTIC D'INFECTION CERVICLE SUR LA BASE D'UN EXAMEN AU MICROSCOPE AVEC COLORATION DE GRAM

1. La méthode de coloration de Gram n'est pas recommandée pour diagnostiquer une infection cervicale. Même là où le recours à des techniciens très qualifiés est possible, l'intérêt de cette technique pour détecter une infection à *Neisseria gonorrhœæ* ou la présence éventuelle de *Chlamydia trachomatis* chez la femme est limité.
2. Les dépenses que cette méthode engendre, notamment pour l'entretien des microscopes, sont très importantes par rapport aux gains en termes de l'amélioration ses soins.

ANNEXE 4. MÉDICAMENTS

Sommaire

- Médicaments pendant la grossesse
- Antibiothérapies contre la gonococcie

MÉDICAMENTS PENDANT LA GROSSESSE[1]

Pendant la grossesse, la mère et le fœtus forment une unité biologique, et la santé du fœtus dépend de la santé de la mère. Il est important de traiter la mère chaque fois que cela s'impose, tout en protégeant autant que possible l'enfant à naître.

Les médicaments peuvent avoir des effets néfastes sur le fœtus à n'importe quel stade de la grossesse. Au cours du premier trimestre, les médicaments peuvent provoquer des malformations congénitales (tératogénèse) ; le risque majeur se situe entre la troisième et la onzième semaine de grossesse. Rares sont les médicaments à l'effet tératogène avéré chez l'être humain, mais aucun médicament n'est totalement inoffensif en début de grossesse.

On ne prescrira des médicaments pour une femme enceinte que si les avantages attendus chez la mère l'emportent sur le risque pour le fœtus. Tous les médicaments sont à éviter, si possible, pendant le premier trimestre de la grossesse. On prescrira de préférence, et à la dose la plus petite possible tout en restant efficace, les médicaments très largement utilisés pendant la grossesse et ne semblant habituellement présenter aucun risque, plutôt que des médicaments non essayés. La liste présentée ci-après contient des informations concernant l'utilisation de certains médicaments au cours de la grossesse. Les médicaments absents de cette liste ne doivent pas être considérés, par déduction, comme inoffensifs.

[1] *13ème liste OMS des médicaments essentiels, Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2003.*

aciclovir	Aucun effet néfaste connu ; absorption faible dans le cas des préparations à usage topique (local)
amoxicilline	Aucun effet tératogène mis en évidence
ampicilline	Aucun effet néfaste connu
azythromycine	Données pendant la grossesse limitées – à utiliser uniquement lorsque les bénéfices éventuels l'emportent sur les risques
benzathine benzylpénicilline	Aucun effet néfaste connu
benzylpénicilline	Aucun effet néfaste connu
céfixime	Une dose unique de céfixime pendant la grossesse est considérée comme étant sans risque
ceftazidine	Aucun effet néfaste connu
ceftriaxone	Aucun effet néfaste connu
chloramphénicol	Troisième trimestre : expose le nouveau-né au syndrome néonatal du « bébé gris »
ciprofloxacine	A éviter – arthropathies mises en évidence dans les études effectuées chez l'animal ; d'autres solutions plus sûres existent
clindamycine	Aucun effet néfaste connu
clotrimazole	Aucunes données concernant le premier trimestre de grossesse ; aucune malformation congénitale n'a été recensée lors d'utilisation par voie vaginale pendant les deuxième et troisième trimestres
cloxacilline	Aucun effet néfaste connu
doxycycline	Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement Premier trimestre : effets sur le développement du squelette mis en évidence dans les études chez l'animal Deuxième et troisième trimestre : coloration des dents chez l'enfant ; hépatotoxicité maternelle lors de doses importantes par voie parentérale
erythromycine	Aucun effet néfaste connu
famciclovir	Des études sur l'animal n'ont démontré aucun risque pour le fœtus – à utiliser uniquement lorsque les bénéfices éventuels l'emportent sur les risques
fluconazole	A éviter pendant le premier trimestre – nombreuses anomalies congénitales signalées, avec des traitements prolongés à des doses élevées

gentamicine	Deuxième et troisième trimestres : ototoxicité (atteintes cochléovestibulaires nerveuses) ; risque probablement très faible, mais n'utiliser que si le bénéfice potentiel l'emporte sur le risque (si administré, une surveillance de la concentration de gentamicine dans le sérum s'impose)
métronidazole	Premier trimestre : à éviter Deuxième et troisième trimestres : éviter les dosages élevés (> 1 g)
nystatine	Absence de données, mais administrée par voie orale, n'est pratiquement pas absorbée par les muqueuses digestives
ofloxacine	A éviter – arthropathies mises en évidence dans les études effectuées chez l'animal ; d'autres solutions plus sûres existent
podophylline	A éviter –décès néonatals et effet tératogène signalés
streptomycine	Deuxième et troisième trimestres : ototoxicité (atteintes cochléovestibulaires nerveuses ; à éviter, sauf en cas d'absolue nécessité (si administré, une surveillance de la concentration de streptomycine dans le sérum s'impose)
sulfaméthoxazole + triméthoprime	Premier trimestre : risque théorique d'effet tératogène (le triméthoprime est un antagoniste des folates) Troisième trimestre : hémolyse et méthémoglobinémie néonatales ; la présomption de risque accru d'ictère nucléaire néonatal semble infondée.
tétracycline	Contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement : Premier trimestre : effets sur le développement du squelette mis en évidence dans les études chez l'animal Deuxième et troisième trimestres : coloration des dents chez l'enfant ; hépatotoxicité maternelle à des doses importantes par voie parentérale
tinidazole	Le fabricant déconseille l'utilisation pendant le premier trimestre ; éviter l'administration de doses importantes (> 1g) pendant les deuxième et troisième trimestres.
triméthoprime	Premier trimestre : risque théorique d'effet tératogène (le triméthoprime est un antagoniste des folates)
valaciclovir	Des études sur l'animal n'ont démontré aucun risque pour le fœtus – à utiliser uniquement lorsque les bénéfices éventuels l'emportent sur les risques
vancomycine	A n'utiliser que si le bénéfice attendu l'emporte sur le risque encouru – une surveillance de la concentration plasmatique de vancomycine s'impose pour réduire le risque de fœtotoxicité
zidovudine & autres antirétroviraux	A éviter si possible dans le premier trimestre de la grossesse ; dans les deuxième et troisième trimestres, il est considéré que le bénéfice du traitement l'emporte sur le risque encouru.

ANTIBIOTHÉRAPIE CONTRE LA GONOCOCCIE

Traitements recommandés par l'OMS pour l'infection uro-génitale et rectale à gonocoque			
	Posologie	Sans danger pendant la grossesse ?	Résistance
céfixime	400 mg par voie orale en dose unique	Oui	Non
ceftriaxone	125 mg en injection intramusculaire	Oui	Non
ciprofloxacine	500 mg par voie orale en dose unique	Non	Résistance massive aux quinolones dans des régions de l'OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du sud-est
spectinomycine	2 g en injection intramusculaire	Oui	Non
Autres traitements efficaces contre l'infection uro-génitale et rectale à gonocoque			
céfotaxime	1 g en injection intramusculaire	Oui	Non
ceftizoxime	1 g en injection intramusculaire	Oui	Non
céfuroxime	1,5 g en injection intramusculaire	Oui	Non
lévofloxacine[a]	250 mg par voie orale en dose unique	Non	Résistance massive aux quinolones dans des régions de l'OMS du Pacifique occidental et de l'Asie et du sud-est de l'Asie
norfloxacine[a]	400 mg par voie orale en dose unique	Non	
ofloxacine[a]	400 mg par voie orale en dose unique	Non	
triméthoprime/ sulfaméthoxazole	80/400 mg par voie orale, 10 comprimés en dose unique, chaque jour pendant 3 jours	Non	Résistance dans de nombreuses régions

a. Les niveaux de résistance aux quinolones doivent être pris en compte lors de leur utilisation comme traitement contre des infections à *Neisseria gonorrhœæ*, notamment dans les Régions de l'OMS de l'Asie du sud-est et du Pacifique occidental.

Traitement des infections à gonocoque : 30 protocoles, incluant 21 médicaments antimicrobiens se sont avérés hautement efficaces dans le traitement des infections rectales et urogénitales. Peu de protocoles se sont avérés hautement efficaces contre les infections pharyngées. Parmi les agents antimicrobiens disponibles pour le traitement des infections à gonocoque non compliquées, ceftriaxone (125 mg), céfixime (400 mg), ciprofloxacine (500 mg), et ofloxacine (400 mg) semblent offrir le rapport efficacité avérée/innocuité avérée le mieux équilibré.

ANNEXE 5. IST/IAR – TABLEAU DE RÉFÉRENCE

IST/IAG	Agent étiologique	Manifestations aiguës	Complications possibles	Effet sur la grossesse et le nouveau-né
Infections sexuellement transmissibles				
Infection à gonocoque	*Neisseria gonorrhoeae*	**Chez la femme** : cervicite, urétrite **Chez l'homme** : urétrite	**Chez la femme** : maladie inflammatoire pelvienne (MIP), stérilité, grossesse ectopique, douleurs pelviennes chroniques **Chez l'homme** : épididymite, prostatite, sténose de l'urètre **Chez la femme et l'homme** : infection gonococcique généralisée, arthrite, endocardite et méningite gonococciques	**Grossesse** : avortement spontané, endométrite du post-partum, rupture de la poche des eaux avant le début du travail, accouchement avant terme **Nouveau-né** : conjonctivite gonococcique du nouveau-né
Infection à chlamydia	*Chlamydia trachomatis*	**Chez la femme** : cervicite, urétrite **Chez l'homme** : urétrite	**Chez la femme** : maladie inflammatoire pelvienne (MIP), stérilité, grossesse ectopique, douleurs pelviennes chroniques **Chez l'homme** : épididymite, prostatite, sténose de l'urètre	**Grossesse** : accouchement avant terme **Nouveau-né** : faible poids de naissance, conjonctivite, pneumonie, otite
Trichomonase	*Trichomonas vaginalis*	**Chez la femme** : vaginite **Chez l'homme** : urétrite	**Chez la femme** : non connues **Chez l'homme** : prostatite, sténose de l'urètre, éventuellement stérilité	**Grossesse** : rupture de la poche des eaux avant le début du travail, accouchement avant terme, endométrite après césarienne **Nouveau-né** : infection vaginale transitoire

IST/IAG	Agent étiologique	Manifestations aiguës	Complications possibles	Effet sur la grossesse et le nouveau-né
Syphilis	*Treponema pallidum*	**Chez l'homme et la femme** : ulcérations génitales indolores, syphilis secondaire (généralisée) : éruption cutanée, malaise, céphalées, douleurs musculaires, perte de poids, légère fièvre	**Chez l'homme et la femme** : complications neurologiques, cardio-vasculaires et autres complications systémiques résultant d'une syphilis tertiaire (tardive)	**Grossesse** : avortement spontané, endométrite du post-partum, rupture de la poche des eaux avant le début du travail, accouchement avant terme **Nouveau-né** : anomalies liées à l'infection congénitale
Chancre mou	*Haemophilus ducreyi*	**Chez la femme et l'homme** : ulcération génitale (souvent douloureuse), adénite inguinale douloureuse	**Chez la femme** : fistule rectovaginale, abcès inguinal **Chez l'homme** : abcès inguinal	Aucun effet connu
Lympho-granulome vénérien	*Chlamydia trachomatis*	**Chez la femme et l'homme** : petite ulcération génitale indolore, urétrite non spécifique, lymphadénite avec formation de bubons	**Chez la femme et l'homme** : fistules, striction rectale, éléphantiasis génital	Aucun effet connu

IST/IAG	Agent étiologique	Manifestations aiguës	Complications possibles	Effet sur la grossesse et le nouveau-né
Donovanose	*Klebsiella granulomatis*	**Chez la femme et l'homme** : ulcération génitale (peut être une lésion cervicale chez la femme)	**Chez la femme et l'homme** : pseudo-éléphantiasis, sténose de l'urètre, de l'anus ou du vagin (chez la femme)	Aucun effet connu
Herpès génital	Virus Herpes simplex (HSV)	**Chez la femme et l'homme** : lésions vésiculaires multiples, ulcérations, douleur, prurit, dysurie	**Chez l'homme et la femme** : méningite aseptique, myélite transverse, infections généralisées	**Grossesse** : généralisation de l'infection (en particulier si acquise au troisième trimestre), avortement spontané, accouchement avant terme **Nouveau-né** : herpès néonatal, encéphalite, infection généralisée, infection cutanée, oculaire et buccale
Condylomes/ lésions cervicales	Virus du papillome humain (VPH)	**Chez l'homme et la femme** : condlomes génitaux et anaux **Chez la femme** : lésions intra-épithéliales du col utérin	**Chez la femme** : cancer du col utérin, carcinome vulvaire et vaginal, carcinome anal **Chez l'homme** : carcinome pénien et anal	**Grossesse** : aucun effet connu **Nouveau-né** : papillomatose laryngée
Hépatite B	Virus de l'hépatite B	**Chez la femme et l'homme** : hépatite aiguë	**Chez la femme et l'homme** : hépatite chronique, cirrhose, cancer du foie	**Grossesse** : aucun effet connu **Nouveau-né** : hépatite B périnatale

IST/IAG	Agent étiologique	Manifestations aiguës	Complications possibles	Effet sur la grossesse et le nouveau-né
VIH/SIDA	Virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)	**Chez la femme et l'homme** : infection aiguë (céphalées, douleurs musculaires, angine, fièvre, et tuméfaction des ganglions lymphatiques	**Chez l'homme et la femme** : SIDA	**Grossesse** : évolution plus rapide vers le SIDA **Nouveau-né** : transmission périnatale du VIH
Infections non sexuellement transmissibles, chez la femme				
Vaginose bactérienne	*Gardnerella vaginalis*, bactéries anaérobies, mycoplasme génital, streptocoques	Vaginite	Augmentation du risque de MIP (après avortement, provoqué ou spontané)	**Grossesse** : accouchement avant terme, rupture de la poche des eaux avant le début du travail,, chorio-amniotite, endométrite du post-partum **Nouveau-né** : faible poids de naissance
Candidose vulvo-vaginale	*Candida albicans*	vaginite	Aucune complication connue	**Grossesse** : vulnérabilité accrue à Candida **Nouveau-né** : muguet néonatal

ANNEXE 6. RESSOURCES ADDITIONNELLES ET LECTURES SUGGEREES

Adolescent friendly health services : an agenda for change. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Burns A et al. *Where women have no doctor*. Berkeley, CA, Hesperian Foundation, 1997.

Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1992.

Clinical guides for the management of pregnant women with HIV infection. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Gestion clinique des victimes de viols : guide pour le développement des protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leurs propres pays. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum. Reproductive health training module 12 : prevention and management of reproductive tract infections. Watertown, MA, USA, Pathfinder International, 2000.

Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, eds. *Control of sexually transmitted diseases : a handbook for the design and management of programs*. Research Triangle Park, NC, USA, AIDS Control and Prevention Project (AIDSCAP), Family Health International, 1996.

Évaluation du programme pour l'utilisation systématique du préservatif en Thaïlande. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2000.

Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases : overview and estimates. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale : Critères de recevabilité médicale pour l'utilisation et l'adoption de méthodes contraceptives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000.

Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Protocols for the medical management of persons who experienced sexual violence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

*Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publiqu*e. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (révision 2003).

Selected practice recommendations for contraceptive use. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

T*he decision-making tool for family planning clients and providers*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (en préparation).

Van Dyck E, Meheus Z.A, Piot P. *Diagnostic au laboratoire des maladies sexuellement transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.

Women's Health Exchange, N° 10, Berkeley, Hesperian Foundation, 2002.

Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

GLOSSAIRE[1]

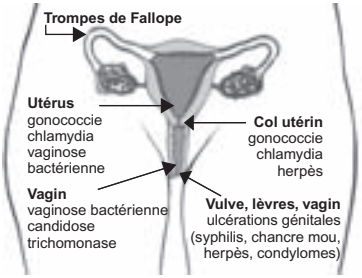
Acte transcervical : tout acte ou intervention nécessitant le passage d'un instrument ou d'un dispositif par le col de l'utérus pour atteindre la cavité utérine (par ex : pose d'un stérilet, aspiration manuelle intra-utérine, biopsie d'endomètre).

Agent pathogène : micro-organisme (par ex : bactérie) qui puise dans un autre organisme, appelé hôte, les substances dont il a besoin, et qui provoque des maladies.

Algorithme : enchaînement logique de mesures nécessaires à l'accomplissement d'une tâche donnée.

Annexes : ovaires, trompes, et ligaments larges.

Appareil reproducteur féminin : comprend la vulve, le vagin, la cavité utérine et les trompes.



Aspiration manuelle intra-utérine : technique d'évacuation du contenu de l'utérus, au moyen d'une seringue spécialement conçue pour cet usage et tenue à la main.

Avortement provoqué : interruption volontaire d'une grossesse, avant que le fœtus n'ait atteint l'âge de viabilité, en recourant à la chirurgie ou aux médicaments.

Avortement spontané : avortement non provoqué artificiellement. Synonyme : fausse couche.

Cellules ponctuées (« *clue cells* ») : cellules épithéliales revêtues de bactéries ; habituellement présentes chez les femmes qui ont une infection vaginale.

[1] Les définitions données dans ce glossaire renvoient à des termes utilisé dans la présente publication ; elles ne s'appliquent pas forcément à d'autres contextes.

Complications de l'avortement : par exemple, infection ou saignements suite à un avortement spontané ou provoqué.

Conseil et dépistage VIH volontaires (CDV) : englobe l'information avant le test VIH, le test en lui-même, et le soutien psychosocial après le test au moment de la remise des résultats au patient.

Critères de recevabilité médicale : définissent l'acceptabilité du point de vue médical d'une méthode contraceptive pour une femme souffrant d'une pathologie donnée, sur la base des risques et des avantages que comporte la méthode en question sur le plan de la santé.

Dépistage : examen de personnes généralement asymptomatiques, en vue de détecter celles présentant des signes d'une maladie donnée.

Dilatation et curetage : technique d'avortement provoqué, consistant à élargir le canal cervical, et à gratter l'intérieur de la cavité utérine afin d'évacuer les produits de conception.

Double protection : prévention à la fois des infections sexuellement transmissibles/du VIH et des grossesses non désirées, reposant sur l'usage systématique du préservatif seul, ou sur l'utilisation simultanée de deux méthodes – l'une étant le préservatif.

Double risque : risque à la fois d'infection à IST/VIH et de grossesse.

Dyspareunie : douleur pendant les rapports sexuels avec pénétration.

Dysurie : miction difficile ou douloureuse.

Écoulement vaginal caillebotté : écoulement vaginal blanchâtre, à l'aspect de lait caillé, fréquent en cas de candidose.

Ecouvillon : bâtonnet ou clamp dont une extrémité est recouverte de coton ou de gaze, utilisé pour appliquer des produits médicamenteux, ou pour effectuer des prélèvements biologiques/corporels.

Epididymite : inflammation de l'épididyme ; complication peu fréquente d'une infection urétrale non traitée.

Epithélialisation : reconstitution de l'épithélium lors de la cicatrisation.

Examen médico-légal : examen pratiqué par un professionnel spécialement formé à cet exercice ; le but d'un tel examen est de rechercher des preuves pouvant être ensuite utilisées lors d'un procès.

Grossesse ectopique ou extra-utérine : implantation de l'œuf fécondé en dehors de l'utérus ; en pareil cas, la grossesse (placenta et fœtus) se développe le plus couramment dans une trompe (grossesse tubaire).

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie au sein d'une population donnée sur une période précise.

Infection génitale basse : englobe les infections vaginales et cervicales.

Infection génital haute : comprend l'endométrite, la salpingite, l'ovarite et les infections des tissus environnants.

Infestation : développement, sur le corps, d'un agent pathogène, par ex : le pou.

Intégration : incorporation d'autres services dans des services préexistants.

Lochies : écoulement après l'accouchement, souvent sanguinolent, mais sans odeur nauséabonde.

Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) : une infection des organes reproducteurs internes de la femme qui concerne l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires et les tissus pelviens environnants. Les causes les plus courantes sont la chlamydiose et la gonorrhée.

Massage urétral (« milking ») : technique pour vérifier la présence d'un éventuel écoulement urétral chez l'homme, qui consiste à poser les doigts à quelques centimètres de la base de la verge et amasser vers le gland.

Méthode double : utilisation d'une méthode mécanique de protection contre les infections sexuellement transmissibles et d'une autre méthode de contraception.

Méthode de prédilection : méthode de contraception que la patiente préférerait utiliser.

Morbidité : état de maladie, ou proportion de personnes souffrant d'une maladie donnée, au sein d'une population.

Patient ambulatoire : patient à qui on administre un traitement ou des soins, sans qu'il soit hospitalisé.

Patient indicateur : patient de départ chez qui telle ou telle infection a été diagnostiquée.

Post-abortum : période immédiatement consécutive à un avortement. Ne dure pas plus de 2 semaines, en général (provoqué ou spontané).

Post-partum : les 6 premières semaines après l'accouchement.

Prévalence : nombre de cas d'une maladie dans une population donnée à un moment précis.

Professionnel de la santé / personnel soignant : personnes formées à la prestation de divers services de santé.

Projet d'accouchement : fait entrer en ligne de compte les souhaits de la femme, voire du couple, ainsi que les circonstances spéciales et les éventuelles complications ou situations d'urgence.

Prophylaxie : prévention d'une maladie, ou d'un processus pouvant aboutir à l'apparition d'une maladie.

Rapports « à sec » : rapport sexuel avec pénétration à l'intérieur d'un vagin sec. Parfois, des herbes sont utilisées pour accentuer la sécheresse. Cette pratique sexuelle majore le risque d'infection sexuellement transmissible, y compris le VIH.

Rupture des membranes avant terme : rupture des membranes avant les 37 semaines de gestation (avant que la grossesse ne soit parvenue à terme).

Rupture des membranes avant le début du travail à terme : la rupture des membranes intervient à ou après 37 semaines de gestation (de grossesse), mais avant le début du travail.

Septicémie : infection générale grave provoquée par la pullulation, dans le sang, d'agents pathogènes.

Série de liaisons monogamiques : quand une personne multiplie les liaisons avec des partenaires sexuel(le)s différents sur une période variable, tout en n'en ayant qu'un(e) seul(e) à la fois pendant tout le temps que dure chacune de ces liaisons.

Services intégrés : offre de soins de santé multiples, (p.e. planification familiale et prise en charge des IST) dans un même établissement ou lors d'une seule visite.

Signes : anomalies indicatrices de maladie, constatées par le professionnel de la santé à l'examen d'un patient.

Soins du post-abortum : soins dispensés pour gérer les complications d'un avortement (provoqué ou spontané) et englobant principalement le traitement d'urgence de ces complications, les services de conseil et de planification familiale, et l'interaction avec des services complets de santé reproductive.

Stérilité : incapacité de procréer ; hypothèse évoquée si absence de grossesse après 12 mois de rapports sexuels réguliers sans utilisation d'un moyen de contrôle des naissances.

Stérilité primaire : se dit d'un couple dont la femme n'est jamais tombée enceinte.

Stérilité secondaire : on parle de stérilité secondaire quand un couple a procréé au moins une fois, et qu'il ne parvient pas à procréer ensuite.

Symptôme : phénomène anormal ressenti/remarqué par le patient, et indicateur de maladie.

Tératogène : qui, par son action, peut produire des malformations chez un fœtus en développement ; effet secondaire potentiel de nombreux médicaments.

Traitement par voie parentérale : traitement administré par une voie autre que le tube digestif ; renvoie habituellement à l'administration de médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée.

Traitement présomptif : traitement fondé sur une présomption/suspicion d'infection, non sur la preuve établie de la présence de la maladie.

Traitement prophylactique : traitement donné (souvent à dose réduite) pour prévenir une maladie ou un processus pouvant aboutir à l'apparition d'une maladie.

Transmisssion : passage d'agents pathogènes d'une personne à une autre.

Transmission mère-enfant (TME) : transmission du VIH d'une mère infectée à son enfant pendant la grossesse ou le travail, ou après l'accouchement par le biais de l'allaitement au sein.

Violence sexuelle : on entend par violence sexuelle « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ».

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :
Département Santé et Recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse

Fax : **+41 22 791 4189 / 4171**
E-mail : **reproductivehealth@who.int**
Internet : **www.who.int/reproductive_health**

Organisation
mondiale de la Santé

Département Santé et Recherche génésiques

ISBN 92 4 259265 X